

Annual Report

Department of
Health

2006-2007

Rapport annuel

Ministère de la
Santé

2006-2007 Annual Report

Published by:
Department of Health
Province of New Brunswick
P.O. Box 5100
Fredericton, New Brunswick
E3B 5G8
Canada

February 2008

Cover:
Communications New Brunswick

Typesetting:
Department of Health

Printing and Binding:
Department of Supply and Services

ISBN: 978-1-55471-059-1
ISSN: 1449-4704

Printed in New Brunswick

Rapport annuel 2006-2007

Publié par le
Ministère de la Santé
Province du Nouveau-Brunswick
C.P. 5100
Fredericton (Nouveau-Brunswick)
E3B 5G8
Canada

Février 2008

Couverture :
Communications Nouveau-Brunswick

Photocomposition et mise en page :
Ministère de la Santé

Impression et reliure :
Ministère de l'Approvisionnement et des Services

ISBN : 978-1-55471-059-1
ISSN : 1449-4704

Imprimé au Nouveau-Brunswick

Annual Report

Department of
Health

2006-2007

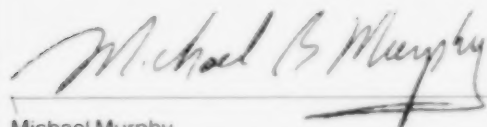
Rapport annuel

Ministère de la
Santé

The Honourable Herménégilde Chiasson
Lieutenant-Governor of the Province of New Brunswick

Sir:

I have the honour of presenting to you the annual report of the Department of Health for the fiscal year ending March 31, 2007.

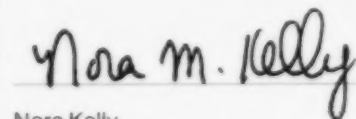


Michael Murphy
Minister

The Honourable Michael Murphy
Minister of Health
Province of New Brunswick

Sir:

With respect, I present to you the annual report of the Department of Health for the fiscal year ending March 31, 2007.

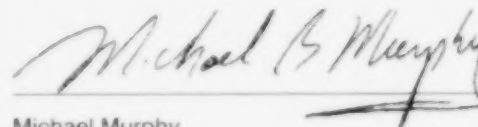


Nora Kelly
Deputy Minister

L'honorable Herménégilde Chiasson
Lieutenant-gouverneur du Nouveau-Brunswick

Monsieur,

J'ai l'honneur de vous présenter le rapport annuel du ministère de la Santé pour l'année financière terminée le 31 mars 2007.

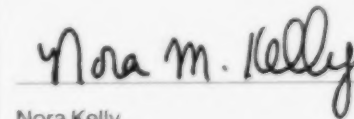


Michael Murphy
Ministre

L'honorable Michael Murphy
Ministre de la Santé
Province du Nouveau-Brunswick

Monsieur,

Je vous sou mets respectueusement le rapport annuel du ministère de la Santé pour l'année financière terminée le 31 mars 2007.



Nora Kelly
Sous ministre

TABLE OF CONTENTS

Organizational Chart	5
Legislation	7
Core Business Area	
Protection of Those Most at Risk	8
Acute and Short-Term Adult Mental Health Services	8
Child and Adolescent Mental Health Services	8
Psychiatric Patient Advocate Services	9
Youth Treatment Program	9
Prescription Drug Program	9
Prescription Monitoring Program	11
Core Business Area	
Prevention/Education/Awareness	12
Public Health Programs and Services	12
Communicable Disease Prevention, Management and Control	12
• Immunization Program.....	12
• Pandemic Influenza Planning.....	13
• HIV Testing Programs.....	14
Health Protection Programs	16
• Food Safety.....	16
• Water Quality.....	19
• Environmental Health and Community Sanitation.....	20
• Institutional Health.....	21
• Communicable Disease Control.....	21
Promotion of Healthy Lifestyles/Healthy Families	24
• Early Childhood Initiatives.....	24
• 3.5 Year old Clinic.....	25
• Baby-Friendly Initiative (BFI).....	26
• Healthy Learners in School Program.....	27
• Sexual Health Program.....	27
• Injury/Disease Prevention Initiatives:	
- Tobacco.....	28
- Healthy Eating.....	29
- Dental Health.....	29
Mental Health Prevention/Promotion Initiatives	30

TABLE DES MATIÈRES

Organigramme	6
Cadre législatif	7
Secteur d'activité principal	
Protection des personnes les plus à risque	8
Services d'intervention immédiate et de courte durée en santé mentale pour les adultes	8
Services de santé mentale pour enfants et adolescents	8
Services de défense des malades psychiatriques	9
Programme de traitement pour jeunes	9
Plan de médicaments sur ordonnance	9
Programme de surveillance pharmaceutique	11
Secteur d'activité principal	
Prévention, éducation et sensibilisation	12
Programmes et services de santé publique	12
Prévention, traitement et contrôle des maladies transmissibles	12
• Programme d'immunisation.....	12
• Planification relative à la pandémie d'influenza.....	13
• Programmes de dépistage du VIH.....	14
Programmes de protection de la santé	16
• Salubrité des aliments.....	16
• Qualité de l'eau.....	19
• Ecosalubrité et salubrité communautaire.....	20
• Santé en établissement.....	21
• Surveillance des maladies transmissibles.....	21
Promotion de modes de vie et de milieux familiaux sains	24
• Initiatives pour la petite enfance.....	24
• Clinique d'hygiène pour les enfants âgés de trois ans et demi.....	25
• Initiative des amis des bébés.....	26
• Programme Apprenants en santé à l'école.....	27
• Programme de santé sexuelle.....	27
• Initiatives de prévention des blessures et des maladies :	
- Tabagisme.....	28
- Alimentation saine.....	29
- Hygiène dentaire.....	29
Initiatives de prévention et de promotion en santé mentale	30

Core Business Area	
Provision of Care	32
Ambulance Services	32
Ambulance Renewal	35
Primary Health Care	35
Community Health Centres	36
Telecare and Health-Related Information Lines	38
Hospital Services	38
• Cardiac Care Program	39
• Mobile Lithotripsy Services	44
• Dialysis Services	44
• Provincial Phenylketonuria (PKU) Case Management Service	44
• Surgical Access Management	45
• Metabolic/Genetic Newborn Screening Services	60
• Universal Newborn Infant Hearing Screening Program	60
• Cochlear Implant Follow-Up Services	61
• PET-CT	62
• Organ and Tissue Procurement	62
• Patient Safety	63
• New Brunswick Extra-Mural Program	64
• Rehabilitation Services	66
• Capital Construction	67
• Capital Equipment	67
New Brunswick Cancer Network	68
Addiction Services	70
Community Mental Health Centres	71
In-Patient Psychiatric Care	72
Long-Term Mental Health Services	73
Medicare	73
Health Emergency Management Services	74
Pandemic Influenza Planning	75
E-health and Information Systems	77
Vital Statistics	78
Administrative Support Services	78
Official Languages	78
Office of Associate Deputy Minister of Health	78
• Dialogue on Health	79
• F/P/T Relations	79
• Legislative Development	79
• New Brunswick Career Days	80
• Allied Health Professionals Resource Strategy	80
• Nursing Resource Strategy	81
• Physician Resource Strategy	82
Accountability and Health Information Management	83
Financial Overview (Pie Chart)	85
Financial Overview (Itemized Totals)	86
Financial Overview (Variances)	88

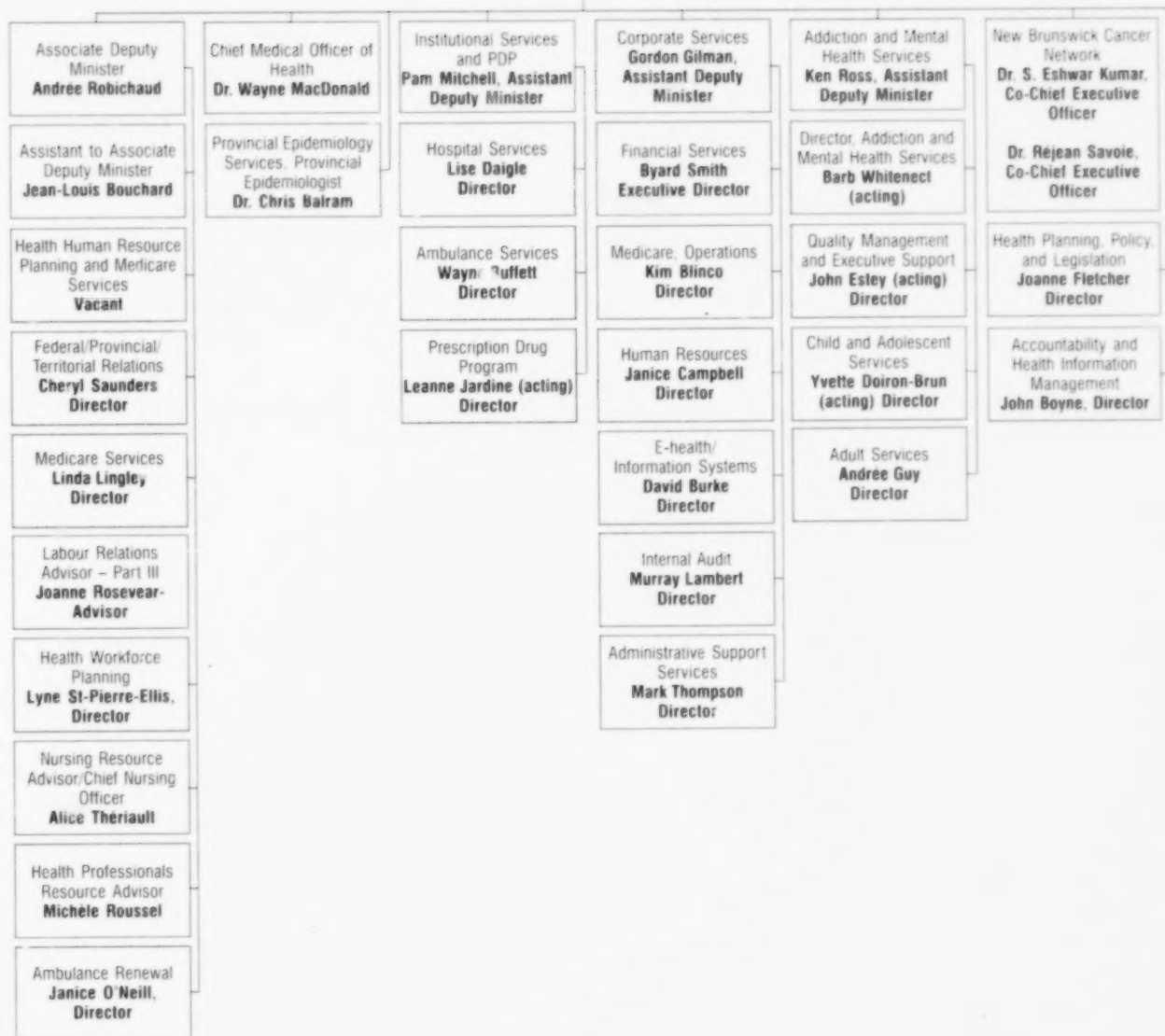
Secteur d'activité principal	
Prestation de soins	32
Services d'ambulance	32
Renouvellement des services d'ambulance	35
Soins de santé primaires	35
Centres de santé communautaires	36
Télé-Soins et lignes d'information liées à la santé	38
Services hospitaliers	38
• Programme de soins cardiaques	39
• Services mobiles de lithotritie	44
• Services de dialyse	44
• Service provincial de gestion de la phénylcétonurie (PCU)	44
• Gestion de l'accès aux services de chirurgie	45
• Service de dépistage des troubles métaboliques et génétiques chez les nouveau-nés	60
• Programme universel de dépistage auditif chez les nouveau-nés et les nourrissons	60
• Services de suivi pour personnes porteuses d'implants cochléaires	61
• TEP-CT	62
• Dons d'organes et de tissus	62
• Sécurité des patients	63
• Programme extra-mural du Nouveau-Brunswick	64
• Services de readaptation	66
• Projets d'immobilisations	67
• Biens d'équipement	67
Réseau du Nouveau-Brunswick de lutte contre le cancer	68
Services de traitement des dépendances	70
Centres de santé mentale communautaires	71
Soins psychiatriques aux patients hospitalisés	72
Services de santé mentale de longue durée	73
Assurance-maladie	73
Services de gestion des interventions d'urgence en matière de santé	74
Planification de la capacité en cas de pandémie	75
Cybersanté et services d'information	77
Statistiques de l'état civil	78
Services de soutien administratif	78
Langues officielles	78
Bureau de la sous-ministre déléguée de la Santé	78
• Dialogue Santé	79
• Relations fédérales, provinciales et territoriales	79
• Elaboration des lois	79
• Journées carrières au Nouveau-Brunswick	80
• Stratégie en matière de recrutement des professionnels de santé complémentaires et parallèles	80
• Stratégie en matière de ressources infirmières	81
• Stratégie des ressources médicales	82
Responsabilisation et gestion de l'information sur la santé	83
Aperçu financier (diagramme circulaire)	85
Aperçu financier (totaux détaillés)	87
Aperçu financier (écarts)	88

**Organizational Chart
Health 2006 -2007**

**Minister
Hon. Michael Murphy**

**Deputy Minister
Nora Kelly**

**Communications
Steve Benteau**

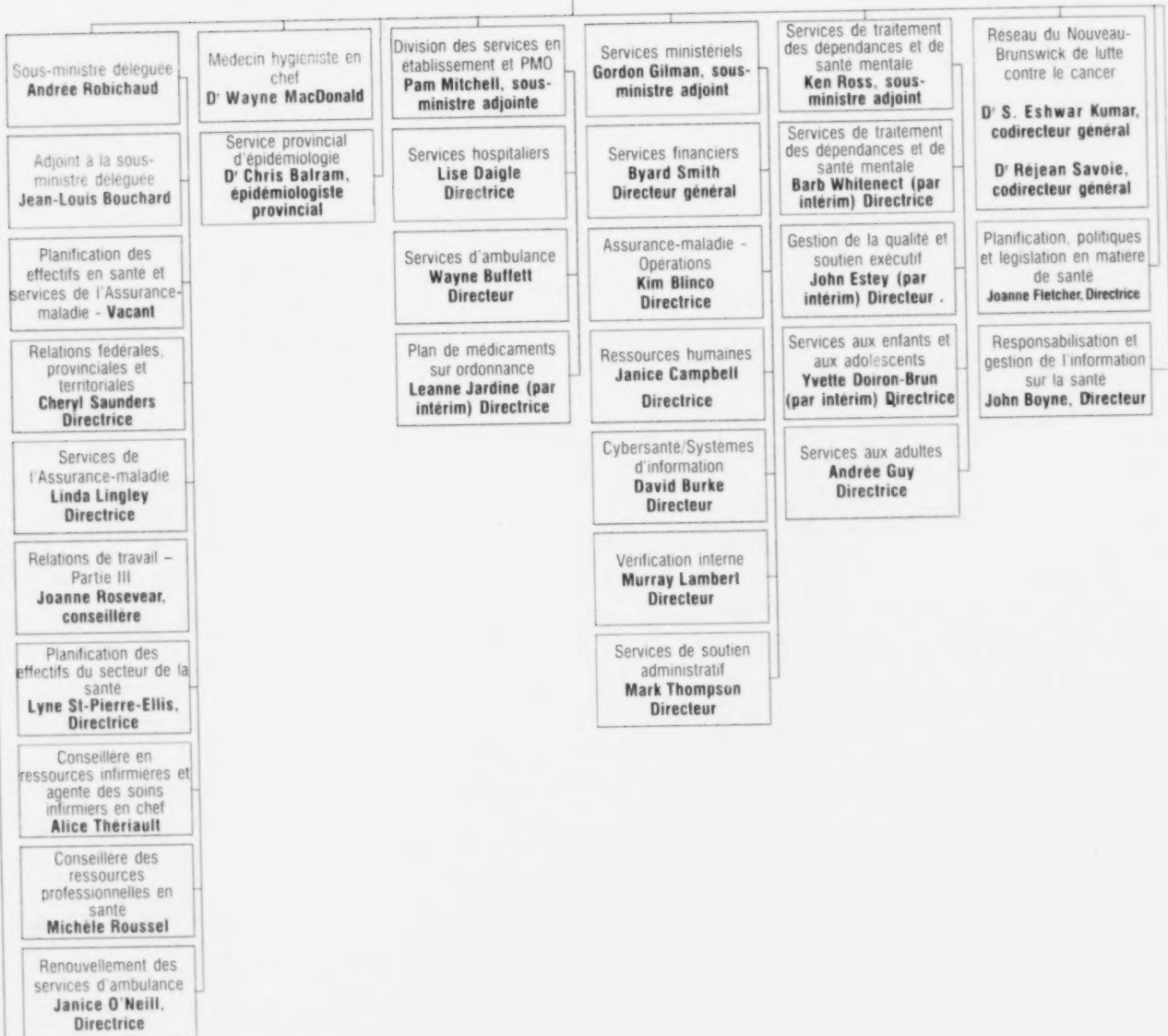


**Ministère de la Santé
Organigramme 2006-2007**

**Ministre
Hon. Michael Murphy**

**Sous-ministre
Nora Kelly**

**Communications
Steve Benteau**



LEGISLATION

The department is responsible for the following Acts of the New Brunswick Legislature:

Ambulance Services Act
Anatomy Act
Cemetery Companies Act
Fish Inspection Act
Health Act
Hospital Act
Hospital Services Act
Human Tissue Gift Act
Medical Consent of Minors Act
Medical Services Payment Act
Mental Health Act
Mental Health Services Act
Prescription Drug Payment Act
Radiological Health Protection Act
Regional Health Authorities Act
Smoke Free Places Act
Tobacco Sales Act
Venereal Disease Act

CADRE LÉGISLATIF

Le ministère de la Santé est chargé de l'application des lois suivantes de l'Assemblée législative du Nouveau-Brunswick :

Loi sur les services d'ambulance
Loi sur l'anatomie
Loi sur les compagnies de cimetière
Loi sur l'inspection du poisson
Loi sur la santé
Loi hospitalière
Loi sur les services hospitaliers
Loi sur les dons de tissus humains
Loi sur le consentement des mineurs aux traitements médicaux
Loi sur le paiement des services médicaux
Loi sur la santé mentale
Loi sur les services à la santé mentale
Loi sur la gratuité des médicaments sur ordonnance
Loi sur la protection radiologique de la santé
Loi sur les régies régionales de la santé
Loi sur les endroits sans fumée
Loi sur les ventes de tabac
Loi sur les maladies vénériennes

CORE BUSINESS AREA: PROTECTION OF THOSE MOST AT RISK

Acute and Short Term Adult Mental Health Services

Within the Regional Health Authorities, Mental Health Services provides short-term interventions to adult New Brunswickers with mental health disorders who are in distress and who need help dealing with their situation. Through community-based, multidisciplinary teams, this program provides a variety of services, depending on clients' needs. Services include screening, assessment, crisis intervention, short-term therapy, prevention, consultation and service delivery coordination. This program aims at preventing deterioration in clients' mental health state through early and short term intervention that target the problems at hand. As well, the program promotes the sharing of expertise through consultations with community resources in the region.

Requests for services vary in nature; some people may have functional difficulties because they are having problems at a certain stage in their lives, and others because they have experienced a particularly stressful event (bereavement, separation, job loss, etc.). Other clients exhibit more acute problems that often have existed for some time such as mood disorders, anxiety disorders, adjustment disorders, suicide risk, impulse-control disorders, personality disorders, relational disorders, post-traumatic response to sexual abuse, etc. Within the Acute and Short Term Adult Community Mental Health Program, a total of 22,001 services were provided in the fiscal year 2006-07. In total, 15,064 distinct individuals received services within this program.

Child and Adolescent Mental Health Services

The objective of the Community Mental Health Child and Adolescent Program is to help children and adolescents who have mental disorders or related mental health issues and to work with their parents/guardians or caregivers with a view to creating an environment conducive to their growth. Children and youth and their families access the program when their level of functioning is such that professional intervention is required. Some examples of when intervention may be necessary are conduct disorders, mood disorders, adjustment disorders, psychotic disorders, sexual abuse and related issues.

Services provided in this program include screening, assessment, treatment and early intervention, case management, crisis intervention, and consultations for children and adolescents at risk of developing serious mental illness in adulthood. Through community-based, multidisciplinary teams, this program provides short, medium, and long-term services, depending on

SECTEUR D'ACTIVITÉ PRINCIPAL : PROTECTION DES PERSONNES LES PLUS À RISQUE

Services d'intervention immédiate et de courte durée en santé mentale pour les adultes

Au sein des régions régionales de la santé, les services de santé mentale du ministère offrent aux Néo-Brunswickois adultes ayant des troubles mentaux des services d'intervention à court terme pour les aider à gérer leur situation. Par l'entremise d'équipes communautaires multidisciplinaires, le programme fournit toute une gamme de services selon les besoins du client. Ces services comprennent des services de dépistage, d'évaluation, d'intervention en situation de crise, de thérapie à court terme, de prévention et de consultation ainsi que la coordination de la prestation des services. Le programme vise à prévenir la détérioration de la santé mentale du client grâce à des services d'intervention immédiate et à court terme ciblant le problème pertinent. Le programme favorise aussi l'échange des connaissances par des consultations auprès des services communautaires de la région.

La nature du service demandé varie; certaines personnes ont des difficultés fonctionnelles parce qu'elles éprouvent des problèmes à un moment précis de leur vie et d'autres parce qu'elles ont vécu un événement particulièrement difficile (deuil, séparation, perte d'emploi, etc.). D'autres clients manifestent des problèmes plus graves souvent depuis un bon moment déjà (troubles de l'humeur, troubles anxieux, troubles d'adaptation, comportement suicidaire, troubles de contrôle impulsif, troubles de la personnalité, troubles relationnels, réaction post-traumatique aux sévices sexuels, etc.). Dans le cadre du Programme d'intervention immédiate et de courte durée en santé mentale pour les adultes, 22 001 services ont été dispensés au cours de l'exercice financier 2006-2007. Au total, 15 064 personnes ont reçu des services.

Services de santé mentale pour enfants et adolescents

Le Programme de services de santé mentale pour enfants et adolescents vise à aider les enfants et les adolescents aux prises avec des troubles mentaux ou des problèmes de santé mentale et à intervenir auprès de leurs parents ou tuteurs afin de favoriser un environnement favorable à leur développement. L'enfant ou l'adolescent et sa famille accèdent au programme lorsque son fonctionnement est tel qu'une intervention professionnelle s'impose. Une intervention est nécessaire notamment lorsque l'enfant ou l'adolescent manifeste des troubles de comportement, des troubles de l'humeur, des problèmes d'adaptation ou des troubles psychotiques ou qu'il a subi des sévices sexuels ou problèmes connexes.

Les services offerts dans le cadre de ce programme comprennent le dépistage, l'évaluation, le traitement et l'intervention précoce, la gestion de cas, l'intervention en situation de crise et des services de consultation aux enfants et aux adolescents qui risquent de développer des problèmes plus graves à l'âge adulte. Le programme, offert au moyen d'équipes communautaires multidisciplinaires, dispense des

clients' needs. The program promotes the sharing of expertise through consultations with the departments of Family and Community Services, Education and Public Safety. The program also co-ordinates mental health services that are provided to children and adolescents in the regions. In the 2006-07 fiscal year, the Child and Adolescent Community Mental Health Program provided a total of 17,556 services to 6,040 children and adolescents.

Psychiatric Patient Advocate Services

The Psychiatric Patient Advocate Services Program ensures consistent approaches for in-patient psychiatric care regarding the right to admit patients for treatment on an involuntary status. The focus of the program is to address individual issues of concern while keeping in mind the best interests of the vulnerable person. The Psychiatric Patient Advocate meets with patients in order to clarify their status and their rights. The Psychiatric Patient Advocate also helps families in understanding the process and procedures when psychiatrists request that the patient be kept for treatment on an involuntary basis. Awareness and educational sessions are offered to mental health professionals and community agencies to provide a better understanding of the role of the Psychiatric Patient Advocate Office and an understanding of the *Mental Health Act*. In 2006-07, a total of 1,404 cases were referred to Psychiatric Patient Advocate Services, reflecting an increase of 20.7 per cent from the previous year.

Youth Treatment Program

The Provincial Youth Treatment Program provides services to youth up to the age of 18 who have a diagnosis of conduct disorder and who face difficulties in school, home and/or community settings. It is an integrated program that, in partnership with the Departments of Education, Public Safety, and Family and Community Services, addresses youths' needs through the coordination of local and provincial resource services. These services include a clinical provincial outreach team, 13 multi-agency regional teams and the Pierre Caissie Centre. The Pierre Caissie Centre, a six-bed facility, provides assessment and evaluation with recommendations for community treatment involving families and foster parents of youths whose needs cannot be met at the regional level. During the fiscal year 2006-07, 313 youths were actively followed by the program, 26 of whom required admission to the Pierre Caissie Centre in Moncton.

Prescription Drug Program

The New Brunswick Prescription Drug Program (NBPDP) provides prescription drug coverage to eligible residents. The beneficiary groups are:

1. New Brunswick residents age 65 and older who receive the Guaranteed Income Supplement, or who qualify for coverage based on annual income;
2. Nursing home residents;

services à court, à moyen et à long terme selon les besoins du client. Le programme favorise l'échange des connaissances par des consultations avec les ministères des Services familiaux et communautaires, de l'Éducation et de la Sécurité publique. Le programme coordonne aussi les services de santé mentale offerts aux enfants et aux adolescents dans les régions. Au cours de l'exercice 2006-2007, le programme de services de santé mentale pour enfants et adolescents a offert 17 556 services à 6 040 enfants et adolescents.

Services de défense des malades psychiatriques

Le programme Services de défense des malades psychiatriques assure l'uniformité des méthodes de soins psychiatriques pour les patients en établissement relativement au droit d'admettre les patients pour un traitement sur une base non volontaire. Le programme vise à gérer les situations des personnes tout en tenant compte du meilleur intérêt de la personne vulnérable. Le défenseur des malades psychiatriques rencontre les patients afin de préciser leur statut et leurs droits. Il aide également les familles à comprendre le procédé et les modalités lorsque les psychiatres demandent que les patients soient gardés pour un traitement sur une base non volontaire. Des séances de sensibilisation et de formation sont offertes aux professionnels de la santé mentale ainsi qu'aux organismes communautaires pour promouvoir une meilleure compréhension du rôle du bureau du défenseur des malades psychiatriques et de la *Loi sur la santé mentale*. En 2006-2007, 1 404 cas ont été soumis aux Services de défense des malades psychiatriques, ce qui représente une augmentation de 20,7 pour cent par rapport à l'année précédente.

Programme de traitement pour les jeunes

Le Programme provincial de traitement pour les jeunes offre des services aux jeunes âgés de moins de 18 ans chez qui on a décelé des troubles de comportement et qui éprouvent des difficultés à l'école, à la maison ou dans la collectivité. Ce programme intégré mené en partenariat avec les ministères de l'Éducation, de la Sécurité publique et des Services familiaux et communautaires aide les collectivités à répondre aux besoins des jeunes grâce à la coordination des services de ressources locaux et provinciaux. Ces services comprennent une équipe clinique communautaire provinciale, 13 équipes multidisciplinaires régionales et le Centre Pierre Caissie. Ce centre de six lits fournit une évaluation approfondie et des recommandations concernant une intervention communautaire à laquelle participent les familles et les parents d'accueil des jeunes dont les besoins ne peuvent être satisfaits à l'échelle régionale. Au cours de l'exercice financier 2006-2007, le programme a offert des services actifs à 313 jeunes, dont 26 ont dû être admis au Centre Pierre Caissie, à Moncton.

Plan de médicaments sur ordonnance

Le Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick (PMONB) offre des médicaments sur ordonnance aux résidents admissibles. Les groupes de bénéficiaires sont les suivants :

1. Les résidents du Nouveau-Brunswick âgés de 65 ans et plus qui reçoivent le Supplément de revenu garanti (SRG) ou qui sont admissibles à des prestations en raison de leur revenu annuel.
2. Les résidents des foyers de soins.

3. Clients of the Department of Family and Community Services who hold a valid health card for prescription drug coverage, including:

- recipients of financial assistance
- individuals eligible for a health card only
- adults living in a residential facility
- children in care of the Minister of Family and Community Services; and

4. Persons registered with the NBPDP and deemed eligible for drug coverage who have/are:

- cystic fibrosis
- human growth hormone deficiency
- multiple sclerosis
- organ transplant recipients
- HIV-positive

Information regarding program eligibility criteria and benefits may be found on the NBPDP website at www.gnb.ca, keyword: health.

All drugs considered for benefit status are subject to a standard review process. The NBPDP receives formulary listing recommendations from the Canadian Expert Drug Advisory Committee, as a participant in the national Common Drug Review (CDR), and also from the Atlantic Expert Advisory Committee which reviews drugs that do not fall under the CDR mandate. Drugs eligible for reimbursement under the program are listed in the NBPDP Formulary.

During 2006-07, the NBPDP incurred expenses of \$147.8 million, of which \$144.0 million (97.5 per cent) were drug costs and \$3.8 million (2.5 per cent) were administrative costs.

3. Les bénéficiaires du ministère des Services familiaux et communautaires qui détiennent une carte valide d'assistance médicale pour médicaments sur ordonnance. Ils comprennent :

- les bénéficiaires d'aide financière;
- les personnes admissibles à la carte d'assistance médicale seulement;
- les adultes demeurant dans un établissement résidentiel;
- les enfants pris en charge par le ministre des Services familiaux et communautaires.

4. Les personnes inscrites au PMONB et jugées admissibles aux prestations du PMONB qui :

- sont atteintes de fibrose kystique;
- souffrent d'une insuffisance de l'hormone de croissance;
- souffrent de sclérose en plaques;
- reçoivent une greffe d'organe;
- sont séropositives.

L'information concernant les critères d'admissibilité et les prestations du plan est affichée sur le site Web du PMONB à l'adresse www.gnb.ca, mot-clé : santé.

Tous les médicaments considérés pour l'admissibilité peuvent faire l'objet d'un examen standard. Le PMONB reçoit la liste des recommandations formulées par le Comité consultatif canadien d'expertise sur les médicaments (CCCEM) à titre de participant au processus commun d'examen des médicaments (PCEM) national et au Comité consultatif des experts de l'Atlantique qui examine les médicaments qui ne relèvent pas du mandat du PCEM. Les médicaments dont le coût peut être remboursé par le programme sont indiqués dans le formulaire du PMONB.

En 2006-2007, les dépenses du Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick se sont chiffrées à 147,8 millions de dollars, dont 144 millions (97,5 pour cent) ont servi à couvrir le coût des médicaments et 3,8 millions (2,5 pour cent), les frais administratifs.

NBPDP Data/Données du PMONB

	2004-05	2005-06	2006-07 ¹
Program Expenditures/Dépenses du programme	\$ 126.4M	\$137.4M	\$147.8M
Number of active beneficiaries ² /Nombre de bénéficiaires actifs ²	96,860	97,264	96,782
Average number of prescriptions per beneficiary/ Nombre moyen d'ordonnances par bénéficiaire	26.3	27.5	29.1
Average paid per beneficiary/Moyenne payée par bénéficiaire	\$ 1,274	\$1,379	\$1,488
Average paid per prescription/Moyenne payée par ordonnance	\$ 48.39	\$50.08	\$51.12

¹ Preliminary Data/Données préliminaires

² An active beneficiary is an individual who received drug benefits during the reporting periods./Un bénéficiaire actif est une personne qui a reçu des médicaments prévus par le Plan de médicaments sur ordonnance pendant les périodes de rapport.

Prescription Monitoring Program

In 2006-07, the department continued work toward establishing a Prescription Monitoring Program (PMP) which will assist health care providers in addressing prescription drug abuse.

A working group made up of departmental staff, pharmacists and physicians was established to provide recommendations on the PMP design and requirements. The PMP requirements were used to develop a Request for Proposal (RFP) for a partner to provide and operate the technology to enable the PMP.

The PMP will initially focus on the non-medical use of narcotic and controlled drugs dispensed by community pharmacies. Community pharmacists will be able to view a patient's history of narcotics and controlled drugs in real-time prior to dispensing a prescription for a monitored drug. The PMP will also provide information to prescribers to assist in patient care decision-making and promote optimal prescription and use of monitored drugs.

Programme de surveillance pharmaceutique

En 2006-2007, le ministère a poursuivi le travail en vue d'établir un Programme de surveillance pharmaceutique qui aidera les fournisseurs de soins de santé à traiter l'usage abusif des médicaments sur ordonnance.

Un groupe de travail composé de membres du personnel du ministère, de pharmaciens et de médecins a été créé pour présenter des recommandations sur la conception et les exigences du Programme de surveillance pharmaceutique. Les exigences de ce programme ont servi à préparer une demande de propositions en vue de trouver un partenaire qui fournira et exploitera la technologie pour assurer le fonctionnement du Programme de surveillance pharmaceutique.

Le Programme de surveillance pharmaceutique sera axé au début sur l'utilisation non médicale des stupéfiants et des médicaments contrôlés dispensés par les pharmacies communautaires. Les pharmaciens communautaires pourront voir en temps réel les antécédents des patients relativement aux stupéfiants et aux médicaments contrôlés avant la dispensation d'une ordonnance de ces médicaments. Le Programme de surveillance pharmaceutique fournira également de l'information au médecin prescripteur afin de faciliter la prise de décisions sur les soins aux patients et de promouvoir l'ordonnance et l'utilisation optimales des médicaments contrôlés.

CORE BUSINESS AREA: PREVENTION / EDUCATION / AWARENESS

Public Health

The mission of Public Health is to promote, maintain and protect the health of the people of New Brunswick.

The Office of the Chief Medical Officer of Health (CMOH) is responsible for the overall direction of public health in the province and works collaboratively with Public Health in the eight Regional Health Authorities.

Public Health Programs and Services

Public Health programs and services are provided by the department as well as the eight Regional Health Authorities. The programs and services fall under the following three areas: 1) communicable disease: prevention, management and control; 2) health protection, and 3) promotion of healthy lifestyles and healthy families.

Communicable Disease: Prevention, Management and Control

A number of the department's protection and prevention services help New Brunswickers maintain their health and well-being by avoiding communicable diseases.

Immunization Program

The department provides immunization against a range of vaccine preventable diseases. Immunization programs have proven effective in reducing the incidence of vaccine preventable communicable diseases. Routine childhood and adult vaccines are provided without charge to clients and are provided by Public Health nurses through pediatric immunization clinics and by family doctors.

New Brunswickers at high risk of complications from influenza and pneumonia are eligible for publicly-funded immunization against these diseases. These vaccines are predominantly physician-delivered with VON providing some influenza vaccine to infants and seniors. During 2006-07, 181,200 doses of flu vaccine and 11,000 doses of pneumococcal vaccine were distributed for immunization of the identified high-risk groups. This is comparable to that distributed in the 2005-06 fiscal year.

Surveillance Data: Vaccine-preventable disease

Table(s) A-1 and A-2 illustrate the incidences of selected vaccine-preventable diseases in New Brunswick. Pertussis rate continue to decline – due in part to the cyclic nature of the disease and to ongoing adolescent immunization protection that commenced in 2004.

SECTEUR D'ACTIVITÉ PRINCIPAL : PRÉVENTION, INFORMATION ET SENSIBILISATION

Santé publique

La Santé publique a pour mission de promouvoir, de préserver et de protéger la santé de la population du Nouveau-Brunswick.

Le Bureau du médecin hygiéniste en chef voit à l'orientation générale de la santé publique dans la province et travaille, en collaboration avec la Santé publique, dans les huit régions régionales de la santé.

Programmes et services de santé publique

Les programmes et les services de santé publique sont offerts par le ministère et les huit régions régionales de la santé. Ils touchent les trois domaines suivants : 1) prévention, traitement et contrôle des maladies transmissibles, 2) protection de la santé et 3) promotion de modes de vie et de milieux familiaux sains.

Prévention, traitement et contrôle des maladies transmissibles

Un certain nombre de services de protection et de prévention du ministère aident les gens du Nouveau-Brunswick à préserver leur santé et leur mieux-être en évitant de contracter des maladies transmissibles.

Programme d'immunisation

Le ministère offre des vaccinations contre toute une gamme de maladies évitables par la vaccination. Les programmes de vaccination se sont avérés efficaces pour réduire l'incidence de certaines maladies transmissibles. Les vaccins habituels destinés aux enfants et aux adultes sont gratuits pour les clients. Ils sont administrés par les infirmières de la Santé publique au cours des cliniques d'immunisation infantile et par les médecins de famille.

Les gens qui risquent grandement d'avoir des complications de la grippe et d'une pneumonie sont admissibles au programme public d'immunisation contre ces maladies. Ces vaccins sont surtout administrés par les médecins et les infirmières de l'Ordre de Victoria donnant certains vaccins contre la grippe aux bébés et aux personnes âgées. En 2006-2007, 181 200 doses de vaccin antigrippal et 11 000 doses de vaccin contre le pneumocoque ont été distribuées pour immuniser les groupes à risque élevé cernés. Ces statistiques sont comparables aux doses distribuées au cours de l'exercice financier 2005-2006.

Données de surveillance : Maladies évitables par la vaccination

Les tableaux A-1 et A-2 illustrent l'incidence des maladies évitables par la vaccination sélectionnées au Nouveau-Brunswick. La diminution continue de la coqueluche peut être attribuable, en partie, à la nature cyclique de la maladie et à l'immunité accrue chez la population adolescente depuis 2004.

Table A-1 Vaccine Preventable Diseases Reported in New Brunswick, 2002-2006

Crude Incidence Rate Per 100,000 Population

Disease	2002	2003	2004	2005	2006
Measles	0.0	0.0	0.0	0.1	0.0
Mumps	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Pertussis	15.6	15.3	42.6	6.6	3.6
Rubella	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Hepatitis B	3.3	2.5	4.0	2.7	3.3
(Acute)	1.6	0.0	0.9	0.8	2.8
(Carrier)	1.7	2.5	3.1	1.9	0.5
Diphtheria	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Tetanus	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Polio	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
<i>H. influenzae</i> type b	0.3	0.4	0.3	0.0	0.1

Note: Rates are calculated using Statistics Canada's 2005 population estimates

Tableau A-1 Maladies évitables par la vaccination signalées au Nouveau-Brunswick, 2002 à 2006

Taux d'incidence brut pour 100 000 habitants

Maladie	2002	2003	2004	2005	2006
Rougeole	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0
Oreillons	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Coqueluche	15,6	15,3	42,6	6,6	3,6
Rubéole	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Hépatite B	3,3	2,5	4,0	2,7	3,3
(Aiguë)	1,6	0,0	0,9	0,8	2,8
(Porteur)	1,7	2,5	3,1	1,9	0,5
Diphtérie	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Tétanos	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Polio	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
<i>H. influenzae</i> type b	0,3	0,4	0,3	0,0	0,1

Note : Les taux sont calculés à l'aide des prévisions démographiques de 2005 de Statistique Canada.

**Table A-2 Vaccine Preventable Diseases Reported in New Brunswick, 2006/
Tableau A-2 Maladies évitables par la vaccination signalées au Nouveau-Brunswick, 2006**

Actual Numbers / Chiffres réels

Health Region/Région sanitaire

Disease / Maladie	1	2	3	4	5	6	7	Provincial Total/ Total provincial
Measles/Rougeole	0	0	0	0	0	0	0	1
Mumps/Oreillons	0	0	0	0	0	0	0	0
Pertussis/Coqueluche	23	3	0	0	0	0	1	27
Rubella/Rubéole	0	0	0	0	0	0	0	0
Hepatitis B/Hépatite B	4	2	7	2	2	8	0	25
(Acute/aiguë)	2	1	1	0	0	0	0	4
(Carrier/porteur)	2	1	6	2	2	8	0	21
Diphtheria/Diphtérie	0	0	0	0	0	0	0	0
Tetanus/Tétanos	0	0	0	0	0	0	0	0
Polio	0	0	0	0	0	0	0	0
<i>H. influenzae</i> type b	0	0	0	1	0	0	0	1

Source: Public Health Communicable Disease Epidemiology Unit/Unité d'épidémiologie des maladies transmissibles de la Santé publique.

Pandemic Influenza Planning

Public Health continues to work collaboratively with other department sectors, Regional Health Authorities and other stakeholders to develop plans in preparation for a pandemic at the local level (see Emergency Preparedness section of this report). Public Health remains responsible for the procurement and distribution of antiviral medications and will oversee the capturing of surveillance data related to the pandemic. Public Health continues to work closely with federal/provincial/territorial colleagues across the country, to ensure informed practices are considered in the New Brunswick plans.

Planification en cas de pandémie d'influenza

La Santé publique travaille en collaboration avec d'autres secteurs du ministère, les régions régionales de la santé et d'autres intervenants pour élaborer des plans en cas d'une pandémie à l'échelle locale (se reporter à la section Planification d'urgence). La Santé publique est chargée de l'achat et de la distribution des médicaments antiviraux. Elle supervisera la saisie des données de surveillance ayant trait à la pandémie. Elle continue de collaborer étroitement avec ses homologues fédéraux, provinciaux et territoriaux afin de s'assurer que les plans du Nouveau-Brunswick tiennent compte des pratiques reposant sur des informations appropriées.

HIV Testing Programs

The Department of Health is committed to providing education, counselling and testing services for people with HIV/AIDS and other bloodborne and sexually transmitted infections in the province. The goal is to reduce the incidence rate of HIV and other bloodborne infections through education and counselling, to facilitate early detection and access to treatment for individuals infected with HIV and other bloodborne infections, and to build partnerships to enhance effectiveness in minimizing HIV and other bloodborne pathogen incidence and morbidity.

The department continues to partner with community groups such as AIDS New Brunswick, AIDS Saint John, SIDA/AIDS Moncton and Healing Our Nations.

Regional Public Health staff provide HIV testing programs in the community and in provincial and federal correctional facilities. The programs provide pre- and post-test counselling for those clients interested in this service. HIV testing options include anonymous, non-nominal and nominal.

In 2006-07, there were 970 persons who received counselling/ testing for HIV and other bloodborne infections through the Public Health community programs. This is an increase from 820 people who accessed this service in 2005-06.

One hundred and sixty-seven (167) inmates in the provincial correctional facilities in New Brunswick requested to visit with Public Health nurses for counselling, education and testing services for HIV and other bloodborne infections. At least 46 inmates at the Westmorland federal correctional facility visited the Public Health nurse requesting a similar service.

The department also partners with community members and organizations interested in developing needle exchange programs to reduce the risk of contracting bloodborne infections like HIV and Hepatitis C. The department provides needles, syringes and condoms for the established community-based needle exchange programs in Saint John and Fredericton.

The Sexually Transmitted Infection (STI) Information Line (1-866-STI-1010) provides free, confidential health advice on STIs and other bloodborne infections including HIV/AIDS and diseases such as Hepatitis C. New Brunswickers have access to a bilingual registered nurse, 24 hours a day, seven days a week. The STI Info line responded to 966 calls for advice, information and referral. This is a dramatic increase from the 253 calls received in 2005-06.

Programmes de dépistage du VIH

Le ministère de la Santé s'est engagé à offrir des services d'éducation, de counseling et de dépistage pour prévenir la propagation du VIH et du sida ainsi que les autres maladies transmissibles par le sang et les infections transmises sexuellement dans la province. L'objectif est de diminuer le taux d'incidence du VIH et des autres infections transmissibles par le sang par la voie de services d'éducation et de counseling, de faciliter le dépistage précoce et l'accès au traitement pour les personnes atteintes du VIH et d'autres infections transmissibles par le sang. On vise aussi à établir des partenariats pour accroître l'efficacité des mesures visant à minimiser l'incidence et la morbidité du VIH et d'autres agents pathogènes transmissibles par le sang.

Le ministère continue de collaborer avec des groupes communautaires comme SIDA Nouveau-Brunswick, AIDS Saint John, SIDA/AIDS Moncton et Healing Our Nations.

Le personnel régional de la Santé publique offre des programmes de dépistage du VIH dans la collectivité ainsi que dans les établissements correctionnels provinciaux et fédéraux. Le programme comprend un service de counseling avant et après le dépistage pour les clients intéressés. Les types de dépistage du VIH offerts sont les suivants : anonyme, non nominal et nominal.

En 2006-2007, 970 personnes ont reçu du counseling et subi un test pour le VIH et autres infections transmissibles par le sang par l'entremise des programmes communautaires de la Santé publique. Ce nombre représente une augmentation par rapport aux 820 personnes qui se sont prévaluées du service en 2005-2006.

Cent soixante-sept détenus d'établissements correctionnels provinciaux du Nouveau-Brunswick ont demandé de rencontrer les infirmières de la Santé publique pour recevoir des services de counseling, d'éducation et de dépistage du VIH et d'autres infections transmissibles par le sang. Au moins 46 détenus de l'établissement correctionnel fédéral de Westmorland ont rendu visite à l'infirmière de la Santé publique afin de recevoir un service semblable.

Le ministère crée aussi des partenariats avec les membres de la collectivité et les organismes intéressés à mettre sur pied des programmes d'échange de seringues afin de réduire les risques de contracter des infections transmissibles par le sang comme le VIH et l'hépatite C. Le ministère fournit des aiguilles, des seringues et des condoms grâce aux programmes communautaires d'échange de seringues, à Saint John et à Fredericton.

La ligne sans frais sur les infections transmises sexuellement (ITS) (1 866 784-1010) permet d'obtenir des conseils de santé gratuits et confidentiels sur les ITS et d'autres infections transmissibles par le sang, y compris le VIH et le sida ainsi que les maladies comme l'hépatite C. La population du Nouveau-Brunswick peut communiquer avec une infirmière immatriculée bilingue, 24 heures sur 24, sept jours sur sept. La ligne d'information sur les ITS a répondu à 966 personnes qui voulaient obtenir des conseils, de l'information et un service d'aiguillage. C'est une hausse considérable par rapport aux 253 appels reçus en 2005-2006.

Surveillance Data: Sexually Transmitted Infections and Bloodborne Diseases

Sexually transmitted infections (STI) and their serious consequences can be reduced through education, early detection, treatment and contact follow-up. Through the Public Health Communicable Disease Programs, the department provides information on sexual health and prevention of sexually transmitted infections. When such diseases are reported to the department, Public Health staff ensure that contact tracing is carried out. Tables A-3 and A-4 illustrate the trend is gradually increasing in some areas, but this is not unique to New Brunswick as most of these rates are below or comparable to the national rates.

**Table A-3 Sexually Transmitted Infections/
Bloodborne Pathogens
Reported in New Brunswick, 2002-2006**

Crude Incidence Rate Per 100,000 Population

Infection	2002	2003	2004	2005	2006
Genital Chlamydia	175.0	183.9	181.1	199.2	179.0
Gonococcal Infection	4.0	4.7	2.0	3.1	4.8
Genital Herpes	36.8	36.4	42.1	48.0	48.3
Syphilis - All	0.4	1.9	1.5	0.8	0.4
(Early symptomatic)	0.1	0.5	0.5	0.1	0.0
HIV	1.3	1.3	1.1	0.9	1.9
AIDS	0.0	0.8	0.3	0.8	0.0

Source: Public Health Communicable Disease Epidemiology Unit

Données de surveillance : Infections transmises sexuellement et par le sang

L'information, la détection précoce, le traitement et la recherche de tous les sujets contacts peuvent contribuer à diminuer les infections transmises sexuellement (ITS) et leurs conséquences graves. Par l'entremise de ses programmes de lutte contre les maladies transmissibles de la Santé publique, le ministère fournit de l'information sur la santé sexuelle et sur la prévention des infections transmises sexuellement. Lorsque de telles maladies sont signalées au ministère, le personnel de la Santé publique s'assure que la recherche de contacts est effectuée. Les tableaux A-3 et A-4 démontrent que la tendance augmente progressivement dans certaines régions. Cette tendance accrue n'est toutefois pas unique au Nouveau-Brunswick, puisque la plupart des taux sont inférieurs ou comparables aux taux nationaux.

**Tableau A-3 Infections transmises sexuellement ou
pathogènes transmissibles par le sang signalées au
Nouveau-Brunswick, 2002 à 2006**

Taux d'incidence brut pour 100 000 habitants

Infection	2002	2003	2004	2005	2006
Chlamydia génitale	175,0	183,9	181,1	199,2	179,0
Infection gonococcique	4,0	4,7	2,0	3,1	4,8
Herpès génital	36,8	36,4	42,1	48,0	48,3
Syphilis — Tout	0,4	1,9	1,5	0,8	0,4
(symptomatique précoce)	0,1	0,5	0,5	0,1	0,0
VIH	1,3	1,3	1,1	0,9	1,9
SIDA	0,0	0,8	0,3	0,8	0,0

Source : Unité d'épidémiologie des maladies transmissibles de la Santé publique

**Table A-4 Sexually Transmitted Infections/Bloodborne Pathogens Reported in New Brunswick, 2006/
Tableau A-4 Infections transmises sexuellement ou pathogènes transmissibles par le sang signalées au
Nouveau-Brunswick, 2006**

Health Region/Région sanitaire

Infection	1	2	3	4	5	6	7	Provincial Total/ Total provincial
Genital Chlamydia/Chlamydia génitale	418	245	437	61	36	99	50	1 346
Gonococcal Infection/Infection gonococcique	25	6	1	1	2	0	1	36
Genital Herpes/Herpès génital	109	76	108	20	9	35	6	363
Syphilis - All/Tout	2	1	0	0	0	0	0	3
(Early symptomatic)/(symptomatique précoce)	0	0	0	0	0	0	0	0
HIV/VIH	3	4	4	2	0	1	0	14
AIDS/SIDA	0	0	0	0	0	0	0	0

Source: Public Health Communicable Disease Epidemiology Unit/Unité d'épidémiologie des maladies transmissibles de la Santé publique.

Health Protection Programs

Health Protection Programs under the Office of the Chief Medical Officer of Health include: food safety (including food service establishments, fish buyers and agri food services), water quality, community sanitation, institutional health, communicable disease control, *Smoke-free Places Act* enforcement and health promotion.

The delivery of the department's inspection programs is based on risk assessment factors which have an impact on reducing the incidence of illness within New Brunswick. These programs aim at maintaining a healthy environment and at preventing communicable diseases by carrying out inspection, enforcement, licensing and monitoring activities.

Activities carried out for each of the Health Protection Programs in 2006-07 are described below.

Food Safety

Food Service

Establishment Licensing

Food service establishments in New Brunswick, including bakeries, eating establishments, catering kitchens, mobile canteens institutional food service establishments, vending machines, and seasonal food service establishments must be licensed to operate. A condition of licensing requires that each establishment be inspected by a Public Health Inspector who is responsible to enforce requirements of the *Health Act* for the operation of food service establishments.

The frequency of inspection is established using a risk categorization that considers the types of foods served at the establishment, food handling methods, equipment, maintenance of the establishment, food safety training of staff, food safety management programs, compliance history and the population served. Establishments are categorized as High, Medium or Low risk with a corresponding frequency of three, two or one inspections per year, respectively.

In 2006-07, 2,756 licenses were issued to New Brunswick food service establishments. Public Health Inspectors conducted 5,683 inspections of licensed establishments and conducted 118 inspections of unlicensed temporary or special event food vendors. In addition to inspection activities Public Health Inspectors trained 1008 food handlers in food safety training programs as part of ongoing health promotion activities.

Programmes de protection de la santé

Les programmes de protection de la santé suivants relèvent du Bureau du médecin hygiéniste en chef : salubrité des aliments (y compris les établissements de restauration, les acheteurs de poisson et les services agroalimentaires), qualité de l'eau, hygiène communautaire, santé en établissement, surveillance des maladies transmissibles, application de la *Loi sur les endroits sans fumée* et promotion de la santé.

La prestation des programmes d'inspection du ministère est fondée sur les facteurs d'évaluation des risques qui ont des effets sur la réduction de l'incidence de la maladie au Nouveau-Brunswick. Ces programmes visent à maintenir un environnement sain et à prévenir les maladies transmissibles en menant à bien les activités liées à l'inspection, à l'application, à l'attribution de permis et à la surveillance.

Voici une description des activités entreprises en 2006-2007 pour chaque programme de protection de la santé.

Salubrité des aliments

Délivrance de permis d'exploitation d'un établissement de restauration

Les établissements de restauration au Nouveau-Brunswick, notamment les pâtisseries, restaurants, services de traiteur, cantines mobiles, services alimentaires d'établissement, distributeurs automatiques et établissements saisonniers, doivent obtenir un permis d'exploitation. Une condition du permis précise que chaque établissement doit être inspecté par un inspecteur de la Santé publique qui est chargé d'appliquer les dispositions de la *Loi sur la santé* relatives à l'exploitation des établissements de restauration.

La fréquence des inspections est établie selon un classement des risques qui tient compte des types d'aliments servis dans l'établissement, des méthodes de manipulation des aliments, de l'équipement et de l'entretien de l'établissement, de la formation du personnel relative à la salubrité des aliments, des programmes de gestion de la salubrité des aliments, du dossier de conformité et de la population servie. Les établissements sont classés à risque élevé, moyen ou faible avec une fréquence correspondante de trois, deux ou une inspection par année, respectivement.

En 2006-2007, 2 756 permis ont été délivrés à des établissements de restauration au Nouveau-Brunswick. Les inspecteurs de la Santé publique ont effectué 5 683 inspections d'établissements titulaires d'un permis et 118 inspections de fournisseurs de produits alimentaires à des événements spéciaux ou temporaires non visés par un permis. Les inspecteurs de la Santé publique ont aussi formé 1 008 manipulateurs d'aliments dans le cadre de programmes de formation en salubrité des aliments faisant partie des activités continues de promotion de la santé.

Number of food service establishment inspections/Nombre d'inspections d'établissements de restauration

	2005-06	2006-07
High/Risque élevé	970	973
Medium/Risque moyen	3,846	3,806
Low/Risque faible	1,048	904
Total	5,864	5,683
Licenses Issued/Nombre de permis délivrés	2,783	2,756
Licences revoked/Nombre de permis révoqués	2	10
Food handlers trained/Nombre de manipulateurs d'aliments formés	-	1008

Raw Milk Quality Program

Inspection staff, in conjunction with the Provincial Dairy Laboratory, provided the Raw Milk Quality Control Program for the dairy producers in the province. Dairy Producers continue to demonstrate a high degree of compliance with raw milk quality standards.

Raw Milk Sampling	2005-06	2006-07
Number of raw milk samples tested	3,259	3,130
Compliance:		
Bacteria Counts	97.88%	98.08%
Somatic Cell Count	96.93%	96.93%
Added Water	99.69%	99.87%
Number of inhibitor infractions	3	1

Dairy Farm Inspections

The approximately 250 dairy farms are inspected once per year for sanitation and facility requirements with follow-up inspections as required. Inspections are also conducted each time a quality infraction occurs in the raw milk testing program.

	2005-06	2006-07
Number of routine dairy farm inspections	256	258
Number of follow-up, quality and other inspections	347	348

Dairy Processors

Sample collection and product testing at the Provincial Dairy Laboratory.

	2005-06	2006-07
Number of milk and cream samples	303	301
Number of other samples		
Cheese	124	147
Butter	49	52

Programme de contrôle de la qualité du lait cru

Le personnel d'inspection, en collaboration avec le laboratoire provincial des produits laitiers, a offert le Programme de contrôle de la qualité du lait cru aux producteurs laitiers de la province. Les producteurs laitiers continuent d'afficher un degré élevé de conformité avec les normes de la qualité du lait cru.

Échantillonnage du lait cru	2005-2006	2006-2007
Nombre d'échantillons de lait cru analysés	3 259	3 130
Conformité :		
Énumérations bactériennes	97,88 %	98,08 %
Énumération des cellules somatiques	96,93 %	96,93 %
Eau ajoutée	99,69 %	99,87 %
Nombre d'agents inhibiteurs	3	1

Inspections de fermes laitières

Environ 250 fermes laitières sont inspectées chaque année relativement aux exigences de salubrité de l'installation et des inspections de suivi sont effectuées selon les besoins. Des inspections sont également effectuées chaque fois qu'une infraction aux normes de qualité se produit dans le cadre du programme d'analyse du lait cru.

	2005-2006	2006-2007
Nombre d'inspections périodiques de fermes laitières	256	258
Nombre d'inspections de suivi, de qualité et autres	347	348

Transformateurs de produits laitiers

Prélèvement d'échantillons et analyse des produits au laboratoire des produits laitiers du Nouveau-Brunswick

	2005-2006	2006-2007
Nombre d'échantillons de lait et de crème	303	301
Nombre d'échantillons autres		
Fromage	124	147
Beurre	49	52

Processing Plant Inspections and Milk Meter Calibrations

Pasteurization plants that are not registered with, and inspected by, the Canadian Food Inspection Agency, are inspected once per year with follow-up as required. Milk meter calibrations are completed once per year with follow-up as required.

	2005-06	2006-07
Raw milk cheese and pasteurization plant inspections	6	6
Milk meter calibrations	3	3

Abattoir Inspections

Abattoirs are inspected three times per year for sanitation and facility requirements with follow up as required. Additionally, there are five more inspections per year relating to Specified Risk Material (SRM) Removal in beef cattle.

	2005-06	2006-07
Number of licensed abattoirs	30	32
Number of abattoir inspections	223	225

Bulk Milk Tank Graders

Bulk Milk Tank Graders (BMTG) are individuals that are licensed to:

- sample and collect raw milk at the farm level
- deliver raw milk to dairy plants
- maintain the sanitary condition of bulk milk tankers and trucks

Bulk Tank Milk Graders are inspected once per year.

	2005-06	2006-07
Number of BMTG inspections	36	33

Bulk Milk Tank Truck

Bulk tank milk trucks are inspected once per year with follow-up as required.

	2005-06	2006-07
Number of tanker inspections	31	24

Fish Buyers Licensing

Fish buyers are licensed annually and are inspected a minimum of once per year by a Public Health Inspector. *Note: Fish buyers who are also federally registered and inspected by the Canadian Food Inspection Agency are exempt from provincial inspection.*

	2005-06	2006-07
Number of licenses issued	613	675
Number of inspections	607	411

Inspection d'usines de transformation et étalonnage des compteurs à lait

Les usines de pasteurisation, qui ne sont pas enregistrées auprès de l'Agence canadienne d'inspection des aliments et qui ne sont pas inspectées par celle-ci, sont inspectées une fois par année, et des inspections de suivi sont effectuées selon les besoins. Les étalonnages des compteurs à lait sont effectués une fois par année et les étalonnages de suivi sont effectués au besoin.

	2005-2006	2006-2007
Inspections d'usines de fromage au lait cru et de pasteurisation	6	6
Étalonnages des compteurs à lait	3	3

Inspections d'abattoirs

Les abattoirs sont inspectés trois fois par année pour les conditions sanitaires et les exigences en matière d'installation, et des inspections de suivi sont effectuées selon les besoins. De plus, il y a cinq autres inspections par année pour les matières à risque spécifiées (MRS) des bovins.

	2005-2006	2006-2007
Nombre d'abattoirs ayant un permis	30	32
Nombre d'inspections d'abattoirs	223	225

Préposés au classement du lait en citerne

Les préposés au classement du lait en citerne sont des personnes autorisées :

- à échantillonner et à ramasser le lait cru dans les fermes;
- à livrer le lait cru aux usines laitières;
- à maintenir les conditions d'hygiène des camions citernes à lait cru.

Les préposés au classement du lait en citerne sont visés par une inspection une fois par année.

	2005-2006	2006-2007
Nombre d'inspections des préposés au classement du lait en citerne	36	33

Camions citernes de lait

Les camions citernes sont inspectés une fois par année, et des inspections de suivi sont effectuées au besoin.

	2005-2006	2006-2007
Nombre d'inspections de camions citernes	31	24

Délivrance de permis d'acheteurs de poisson

Les acheteurs de poisson doivent obtenir un permis chaque année et ils font l'objet d'au moins une inspection par année par un inspecteur de la Santé publique. *Note : Les acheteurs de poisson qui sont aussi inscrits auprès du gouvernement fédéral et inspectés par l'Agence canadienne d'inspection des aliments sont exemptés de l'inspection provinciale.*

	2005-2006	2006-2007
Nombre de permis délivrés	613	675
Nombre d'inspections	607	411

Water Quality

Public Drinking Water Supplies

The Department of Health works in cooperation with the Department of Environment to regulate public drinking water supplies. Public Health Inspectors monitor the results of water samples taken by municipalities to ensure the water does not exceed Health Advisory Limits, a set of bacteriological and chemical criteria based on the Canadian Drinking Water Quality Guidelines. To protect the public from adverse health consequences, District Medical Officers of Health may issue 'Boil Orders' or 'Do Not Consume Orders' where public supplies fail to meet the Health Advisory Limits.

In 2006-07, 13 Boil Orders were issued in eight New Brunswick communities.

	2005-06	2006-07
Number of tests monitored	22,943	23,100
Boil Orders Issued	12	13
Do Not Consume Orders Issued	0	0

Private Drinking Water Supplies

In 2006-07 the Department of Environment introduced a one-time free water testing opportunity for private well owners called "Know Your H2O". The Department of Health participated in the program by reporting to homeowners results which exceeded the Guidelines for Canadian Drinking Water Quality and providing free follow-up samples.

	2005-06	2006-07
Private Water Supplies		
Private well owner samples submitted	9801	7664
Free samples offered for Know Your H2O	N/A	3,434
Private well owners contacted	4,063	7,613

Recreational Water Quality

The department continues to monitor and sample recreational swimming areas during summer months. Swimming areas are assessed for environmental conditions including proximity to sewage outfalls and recreational use and are sampled for bacteriological water quality. Results of bacteriological tests are measured against the Canadian Recreational Water Quality Guidelines. Where deemed necessary to protect the health of the public, District Medical Officers of Health may post an area as unsafe for swimming.

Qualité de l'eau

Sources publiques d'approvisionnement en eau potable

Le ministère de la Santé collabore avec le ministère de l'Environnement à la réglementation des sources d'approvisionnement en eau potable. Les inspecteurs de la Santé publique surveillent les résultats des échantillons d'eau prélevés par les municipalités afin d'assurer que l'eau ne dépasse pas le niveau d'avis sanitaire, un ensemble de critères bactériologiques et chimiques établi selon les Recommandations pour la qualité de l'eau potable au Canada. Afin de protéger le public contre les conséquences néfastes pour la santé, les médecins hygiénistes régionaux peuvent émettre des ordres de faire bouillir l'eau ou de s'abstenir de consommer l'eau lorsque les sources publiques d'approvisionnement en eau dépassent le niveau d'avis sanitaire.

En 2006-2007, 13 ordres de faire bouillir l'eau ont été émis dans huit localités du Nouveau-Brunswick.

	2005-2006	2006-2007
Nombre d'échantillons analysés	22 943	23 100
Nombre d'ordres de faire bouillir l'eau	12	13
Nombre d'ordres de s'abstenir de consommer l'eau	0	0

Sources privées d'approvisionnement en eau potable

En 2006-2007, le ministère de l'Environnement a offert aux propriétaires de puits privés une occasion unique d'analyser leur eau gratuitement. Ce programme s'intitulait « Connaissez-vous votre eau? ». Le ministère de la Santé a participé au programme en fournissant aux propriétaires de puits les résultats des analyses qui dépassaient les Recommandations pour la qualité de l'eau potable au Canada et en offrant gratuitement le prélèvement d'échantillons de suivi.

	2005-2006	2006-2007
Sources privées d'approvisionnement en eau		
Échantillons de puits privés soumis	9 801	7 664
Échantillons gratuits offerts pour Connaissez-vous votre eau?	s/o	3 434
Propriétaires de puits privés contactés	4 063	7 613

Qualité de l'eau à des fins récréatives

Le ministère continue de surveiller et d'échantillonner les lieux de natation pendant les mois d'été. Les lieux de natation sont évalués quant aux conditions environnementales, y compris la proximité des émissaires d'évacuation et l'utilisation récréative. Des échantillons sont prélevés afin de déterminer la qualité bactériologique de l'eau. Les résultats des analyses bactériologiques sont évalués en fonction des Recommandations pour la qualité de l'eau à des fins récréatives au Canada. Lorsqu'il est nécessaire de protéger la santé du public, les médecins hygiénistes régionaux peuvent poser une enseigne indiquant qu'un secteur n'est pas sécuritaire pour la baignade.

	2005-06	2006-07
Recreational swimming areas		
Number of sites monitored	151	151
Number of sites closed	2	3

Environmental Health & Community Sanitation

On-Site Sewage Disposal System Applications and Assessments

Properties that do not have access to municipal services require an on-site sewage disposal system which consists of a septic tank and a disposal field. Public Health Inspectors assess applications to install on-site sewage disposal systems to ensure the proposed systems will not contaminate groundwater resources or cause nuisances. The design and location of the system and soil conditions of the property are evaluated to determine if sewage can be effectively treated to prevent the spread of communicable diseases.

Individuals installing on-site sewage disposal systems for others must be licensed by the department. Courses are offered by Public Health Inspectors to train individuals on the regulatory requirements, technical specifications and proper installation of on-site sewage disposal systems. In 2006-07, 220 individuals were trainees and 347 individuals were licensed to install systems.

	2005-06	2006-07
On-Site Sewage Disposal System		
Application Assessments	3,029	3,331
Inspections	3,143	2,955

Subdivision Assessments

Individuals or companies wishing to subdivide land make an application to the appropriate Planning Authority. Should the land being subdivided require on site sewage disposal, the Planning Authority requires the Department of Health to assess the land and make recommendation with respect to suitability for on-site sewage disposal. Public Health Inspectors conduct the assessments to ensure the land meets the requirements of the *Health Act* which include size, dimension, soil quality and proximity of the land to lakes, streams or other bodies of water.

	2005-06	2006-07
Subdivision Assessments	873	788

Air Quality

Public Health Inspectors provide assessments and advice related to indoor air quality and housing on a complaint basis. Complaints are investigated with referral to appropriate agencies such as the Office of the Rentalsman.

	2005-2006	2006-2007
Lieux de natation		
Nombre de sites surveillés	151	151
Nombre de sites fermés	2	3

Écosalubrité et salubrité communautaire

Demandes de systèmes autonomes d'évacuation des eaux usées et évaluations

Les biens-fonds non reliés aux services municipaux doivent être dotés d'un système autonome d'évacuation des eaux usées qui comprend une fosse septique et un champ d'épuration. Les inspecteurs de la Santé publique évaluent les demandes d'installation de tels systèmes afin de s'assurer que les systèmes proposés ne contamineront pas les ressources en eau souterraine ou ne créeront pas de nuisances. La conception et l'emplacement du système et les conditions du sol sont évalués pour déterminer s'il est possible de traiter les eaux usées efficacement afin d'éviter la propagation de maladies transmissibles.

Les particuliers qui installent des systèmes autonomes d'évacuation des eaux usées pour d'autres propriétaires doivent être titulaires d'un permis du ministère. Les inspecteurs de la Santé publique offrent aux particuliers des cours sur les normes réglementaires, les devis techniques et l'installation adéquate des systèmes autonomes d'évacuation des eaux usées. En 2006-2007, 220 personnes ont suivi les cours et 347 personnes ont obtenu des permis d'installation des systèmes.

	2005-2006	2006-2007
Système autonome d'évacuation des eaux usées sur place		
Évaluation des demandes	3 029	3 331
Inspections	3 143	2 955

Évaluation des lotissements

Les particuliers ou les entreprises qui désirent lotir un terrain présentent une demande à l'autorité d'urbanisme responsable. Si le terrain devant être loti doit être muni d'un système autonome d'évacuation des eaux usées, l'autorité d'urbanisme demande au ministère de la Santé d'évaluer le terrain et de formuler une recommandation indiquant si le terrain convient ou non à l'installation d'un système autonome d'évacuation des eaux usées. Les inspecteurs de la Santé publique effectuent les évaluations afin de s'assurer que le terrain répond aux dispositions de la *Loi sur la santé*, notamment la taille, la dimension, la qualité du sol et la proximité du terrain des lacs, ruisseaux ou autres cours d'eau.

	2005-2006	2006-2007
Nombre d'évaluations de lotissements	873	788

Qualité de l'air

Les inspecteurs de la Santé publique effectuent des évaluations et offrent des conseils sur la qualité de l'air intérieur et sur les logements lorsqu'ils reçoivent des plaintes. Les plaintes sont étudiées et transmises aux organismes responsables comme le Bureau du médiateur des loyers.

	2005-06	2006-07
Indoor air quality investigations	140	138
Housing complaint investigations	684	299

Institutional Health

The department provides recommendations for licensing to the Department of Family and Community Services for daycare and special care facilities. These recommendations are based on annual inspections conducted by Public Health Inspectors who monitor compliance with standards established for the inspection of such facilities.

In 2006-07 Public Health Inspectors conducted 1,020 institutional inspections.

	2005-06	2006-07
Special Care Home inspections	551	496
Daycare inspections	539	524

Smoke-free Places Act

The department manages a toll-free number for individuals to call if they wish to report suspected violations of the *Smoke-free Places Act* which restricts smoking in public places and workplaces. Callers to the toll-free number are asked to provide basic information regarding their complaint and suspected violation of the Act. Public Health Inspectors respond to the complaint by inspecting and investigating violations, issuing orders and where necessary laying charges under the Act.

	2005-06	2006-07
Complaints investigated	65	49

Communicable Disease Control

Sporadic cases and outbreaks of communicable diseases are investigated by Public Health Inspectors to identify the source and prevent further spread of the disease. While the following diseases are normally associated with food, cases have been linked to contaminated water and secondary transmission from humans.

Table A-5 Enteric, Food and Waterborne Diseases Reported in New Brunswick, 2002-2006

Crude Incidence Rate per 100,000 Population					
Disease	2002	2003	2004	2005	2006
Amebiasis	0.3	0.0	0.3	1.9	0.4
Campylobacter	27.5	27.2	19.4	23.4	22.7
Giardiasis	12.4	11.1	10.5	10.8	12.8
<i>E. coli</i> O157:H7	1.6	2.4	2.3	1.6	1.6
Salmonellosis	15.1	16.9	18.6	14.4	22.9
Shigellosis	1.2	2.3	0.9	1.5	0.7

Note: Rates are calculated using Statistics Canada's 2005 population estimates.

	2005-2006	2006-2007
Enquêtes sur la qualité de l'air intérieur	140	138
Enquêtes sur des plaintes relatives au logement	684	299

Santé en établissement

Le ministère fournit au ministère des Services familiaux et communautaires des recommandations sur la délivrance de permis de garderies et de foyers de soins spéciaux. Ces recommandations sont fondées sur les inspections annuelles effectuées par les inspecteurs de la Santé publique qui surveillent la conformité aux normes établies pour l'inspection de tels établissements.

En 2006-2007, les inspecteurs de la Santé publique ont effectué 1 020 inspections d'établissements.

	2005-2006	2006-2007
Inspections de foyers de soins spéciaux	551	496
Inspections de garderies	539	524

Loi sur les endroits sans fumée

Le ministère gère un numéro sans frais que peuvent utiliser les particuliers qui veulent signaler des infractions présumées à la *Loi sur les endroits sans fumée* qui interdit l'usage du tabac dans les endroits publics et les lieux de travail. Les personnes doivent fournir de l'information de base concernant leur plainte et la présumée infraction à la *Loi*. Les inspecteurs de la Santé publique donnent suite à la plainte par une inspection et une enquête, la délivrance d'ordres de conformité et, lorsqu'il y a lieu, des poursuites en vertu de la *Loi*.

	2005-2006	2006-2007
Plaintes ayant fait l'objet d'une enquête	65	49

Surveillance des maladies transmissibles

Les inspecteurs de la Santé publique étudient les cas sporadiques et les épidémies de maladies transmissibles afin de déterminer leur source et prévenir leur propagation. Bien que les maladies suivantes soient normalement associées aux aliments, des cas ont été liés à de l'eau contaminée et à une transmission secondaire par des humains.

Maladies entériques, alimentaires et hydriques signalées au Nouveau-Brunswick (de 2002 à 2006)

Taux d'incidence brut pour 100 000 habitants					
Maladie	2002	2003	2004	2005	2006
Amibiase	0,3	0,0	0,3	1,9	0,4
Campylobactériose	27,5	27,2	19,4	23,4	22,7
Giardiase	12,4	11,1	10,5	10,8	12,8
<i>E. coli</i> O157:H7	1,6	2,4	2,3	1,6	1,6
Salmonellose	15,1	16,9	18,6	14,4	22,9
Shigellose	1,2	2,3	0,9	1,5	0,7

Nota : Les taux sont calculés à l'aide des prévisions démographiques de 2005 de Statistique Canada.

Table A-6 Number of Cases of Enteric, Food and Waterborne Diseases Reported in New Brunswick by Region, 2006/ Tableau A-6 Nombre de cas de maladies entériques, alimentaires et hydriques signalés au Nouveau-Brunswick par région, en 2006

Actual Numbers/Chiffres réels	Health Region/Région sanitaire							Provincial Total/ Total provincial
	1	2	3	4	5	6	7	
Disease/Maladie								
Amebiasis/Amibiase	0	0	0	0	0	3	0	3
Campylobacteriosis/Campylobactériose	53	19	26	26	12	24	22	171
Giardiasis/Giardiose	39	17	17	7	5	9	2	96
<i>E. coli</i> O157:H7	3	4	5	0	0	0	0	12
Salmonellosis/Salmonellose	78	36	25	9	13	6	5	172
Shigellosis/Shigellose	2	1	1	0	1	0	0	5

Source: Public Health Communicable Disease Epidemiology Unit/Unité d'épidémiologie des maladies transmissibles de la Santé publique.

Vectorborne and Zoonotic Disease Prevention Program

There are two emerging zoonotic diseases of concern for New Brunswick: rabies and the mosquito-borne West Nile virus.

Rabies

In fiscal 2006-07, the department chaired the New Brunswick Rabies Working Group and coordinated the implementation of a management plan for rabies surveillance, control and prevention. A total of 104 raccoons and skunks were tested for rabies, compared to 71 raccoons and skunks in fiscal 2005-06. As in the previous year, there were no cases of the raccoon strain of rabies detected during 2006-07.

Wildlife rabies control measures were conducted where cases of raccoon strain rabies had been detected previously. The control area was along the southern New Brunswick-Maine border around the town of St. Stephen and included a northern extension to the village of McAdam. Target animal species (raccoons, skunks and feral cats) were live trapped, vaccinated against rabies and then released to maintain a barrier of animals immune to the disease. A team of trappers conducted rabies control activities within a 893 square kilometer area. A total of 1,221 raccoons and 537 skunks were vaccinated against rabies and released. Of these, 208 raccoons and 74 skunks had also been vaccinated in previous years. In addition, a total of 198 feral domestic cats were vaccinated against rabies and released.

The department continued its rabies education and awareness campaign with pamphlets, radio and newspaper advertisements. The toll-free Rabies Information Line handled 1,391 calls from persons seeking information on rabies and potential exposures (compared to 834 calls in fiscal 2005-06).

West Nile Virus

In fiscal 2006-07, the department chaired the interdepartmental New Brunswick West Nile Virus Committee and continued to revise and update the

Programme de prévention des maladies à transmission vectorielle et zoonoses

Il existe deux nouvelles zoonoses préoccupantes au Nouveau-Brunswick, à savoir la rage et le virus du Nil occidental à transmission vectorielle.

Rage

Au cours de l'exercice financier 2006-2007, le ministère a présidé le Groupe de travail du Nouveau-Brunswick sur la rage et a coordonné la mise en œuvre d'un plan de gestion en vue de la surveillance, du contrôle et de la prévention de la rage. Au total, 104 ratons laveurs et mouffettes ont fait l'objet d'un test de dépistage de la rage comparativement à 71 ratons laveurs et mouffettes en 2005-2006. Tout comme l'an dernier, aucun cas de rage de la souche virale du raton laveur n'a été décelé en 2006-2007.

Des mesures de lutte contre la rage chez les animaux sauvages ont été mises en application dans les régions où des cas de rage de la souche virale du raton laveur avaient déjà été dépistés. Le secteur de contrôle s'étendait le long de la frontière du sud du Maine et du Nouveau-Brunswick, près de la ville de St. Stephen, et englobait un prolongement au nord du village de McAdam. Les espèces animales ciblées (ratons laveurs, mouffettes et chats sauvages) ont été piégées, vaccinées contre la rage et relâchées. Cette approche visait à maintenir un groupe d'animaux immunisés contre la maladie. Une équipe de trappeurs a entrepris des activités de contrôle de la rage dans un secteur de 893 km². Au total, 1 221 ratons laveurs et 537 mouffettes ont été vaccinés contre la rage et relâchés. De ces animaux, 208 ratons laveurs et 74 mouffettes avaient été vaccinés au cours des années précédentes. De plus, 198 chats domestiques retournés à l'état sauvage ont été vaccinés contre la rage et relâchés.

Le ministère a poursuivi sa campagne de sensibilisation et d'information concernant la rage par l'entremise de brochures ainsi que d'annonces dans les journaux et à la radio. Au total, 1 391 personnes ont demandé des renseignements sur la rage et les expositions possibles (comparativement à 834 appels au cours de l'exercice financier 2005-2006), en utilisant la ligne d'information sans frais sur la rage.

Virus du Nil occidental

Durant l'exercice 2006-2007, le ministère a présidé le Comité interministériel du Nouveau-Brunswick sur le virus du Nil occidental. Il a aussi continué de réviser et de mettre à jour un

management plan for surveillance, prevention and control of the West Nile Virus as new information evolved. Surveillance for West Nile focused on testing wild birds.

The department continued the West Nile virus education and awareness campaign with pamphlets, radio and newspaper advertisements. The toll-free West Nile Virus Information Line handled 1,679 calls from persons seeking general information, to report sightings of dead birds, or both, compared to 1,607 calls in fiscal 2005-06.

As part of provincial West Nile virus surveillance, there were 1,544 calls to report dead birds. Following an initial screening, 709 reports were investigated further. Dead birds of the target species (members of the crow family) that were in suitable condition were submitted for West Nile virus testing. A total of 325 birds were submitted for testing compared to 263 in fiscal 2005-06. As in the previous year, West Nile virus was not detected in any birds in New Brunswick in 2006.

West Nile virus activity was not detected in any New Brunswick residents during fiscal 2006-07.

plan de gestion de surveillance, de prévention et de contrôle du virus au fur et à mesure que de nouvelles données devenaient disponibles. La surveillance du virus du Nil occidental consistait principalement à faire l'analyse d'oiseaux sauvages.

Le ministère a poursuivi sa campagne de sensibilisation et d'information concernant le virus du Nil occidental au moyen de brochures et d'annonces dans les journaux et à la radio. La ligne d'information sans frais sur le virus a reçu 1 679 appels de personnes demandant de l'information générale ou désirant signaler la présence d'oiseaux morts, ou les deux (comparativement à 1 607 au cours de l'exercice financier 2005-2006).

Dans le cadre du plan provincial de surveillance du virus du Nil occidental, on a reçu 1 544 appels pour signaler la présence d'oiseaux morts. Après un tri initial de tous ces appels, 709 cas signalés ont fait l'objet d'une vérification plus approfondie. Les oiseaux morts des espèces ciblées (appartenant à la famille des corvidés) qui étaient en bon état ont fait l'objet d'un dépistage du virus du Nil occidental. Au total, 325 oiseaux ont été analysés (comparativement à 263 pendant l'exercice 2005-2006). Tout comme l'an dernier, aucun cas de virus du Nil n'a été décelé chez des oiseaux au Nouveau-Brunswick en 2006.

Aucun cas d'infection d'une personne par le virus du Nil occidental n'a été signalé au Nouveau-Brunswick au cours de l'exercice 2006-2007.

Table A-7 Provincial West Nile Virus Bird Surveillance Summary (June-September 2006)

Number of Calls to Report Dead Birds	Number Dead Bird Reports Investigated	Number Dead Birds Submitted for Testing and Test Results		
		Bird Species	Number Birds Tested	Positive Test Results
1,317	709	Crows	264	0
		Ravens	26	0
		Blue Jays	17	0
		Gray Jays	0	0
		Others	1	0
		Total	308	0

Tableau A-7 Sommaire provincial sur le virus du Nil occidental (juin à septembre 2006)

Nombre d'appels signalant des oiseaux morts	Nombre d'oiseaux morts ayant fait l'objet d'une enquête	Nombre d'oiseaux morts ayant fait l'objet d'un test et résultats des tests		
		Espèces	Nombre d'oiseaux vérifiés	Résultats positifs
1 317	709	Corneilles	264	0
		Corbeaux	26	0
		Geais bleus	17	0
		Geais du Canada	0	0
		Autres	1	0
		Total	308	0

Promotion of Healthy Lifestyles/Healthy Families

Early Childhood Initiatives (ECI)

Early Childhood Initiatives are a group of seven prevention-focused health and social services programs that offer a variety of services fostering the health and development of young children from conception to school entry. Client participation is voluntary in all ECI component programs, and length of time clients participate can vary considerably.

The eight Regional Health Authorities are responsible for delivering the health-related program components of ECI. The Department of Family and Community Services is responsible for the social services options.

Through local Public Health offices, expectant mothers eligible for services are offered individualized sessions tailored to their needs. The focus is a healthy pregnancy based on healthy choices and a healthy lifestyle. Some women may also qualify for nutritional supplements. Referrals are done in collaboration with the client to address concerns that go beyond the program's scope.

During 2006-07, 1,698 clients participated in the ECI Prenatal program. Public Health nurses concentrated on providing services to expectant mothers less than 20 years old while Public Health nutritionists gave nutrition counselling to the most of the women enrolled in the program. A number of clients received both nursing and nutritionist services. Eighty-seven per cent of the clients receiving nutrition counselling also received nutritional supplements of milk and vitamins.

As part of the ECI Postnatal program, all newborns are assessed in the days following the infant's birth to determine eligibility for the Early Childhood Initiatives program. Public Health nurses assessed 6,716 newborns using the Public Health Priority Assessment (PHPA) tool. Of these, 32 per cent were deemed eligible for ECI postnatal services, results consistent with those of previous years.

The PHPA uses a broad spectrum of weighted factors to determine risk of developmental delay. These factors are grouped within three main categories:

- A. congenital problems and other health challenges such as Down's Syndrome, Cerebral Palsy, congenital heart defects, cleft lip and palate, or the loss of a limb;
- B. known developmental risk factors including complications of pregnancy or birth, use of drugs or alcohol during pregnancy, and family history of health challenges such as deafness;
- C. family interaction factors such as maternal age, family support, financial resources, mental illness in one or both parents, educational status, and history of family violence.

Promotion de modes de vie et de milieux familiaux sains

Initiatives pour la petite enfance (IPE)

Le programme Initiatives pour la petite enfance (IPE) regroupe sept programmes de soins de santé et de services sociaux visant la prévention et offrant une gamme de services axés sur la santé et le développement des jeunes enfants, à partir de la conception jusqu'à l'intégration en milieu scolaire. La participation du client à tous les programmes est volontaire et la durée de la participation peut varier considérablement.

Les huit régions régionales de la santé sont chargées de la prestation des composantes relatives à la santé du programme IPE. Le ministère des Services familiaux et communautaires est chargé des volets de services sociaux.

Les bureaux régionaux de la Santé publique offrent des séances individualisées aux femmes enceintes admissibles selon leurs besoins. Ces services visent une grossesse saine fondée sur des choix santé et un mode de vie sain. Certaines femmes peuvent également être admissibles à des suppléments nutritionnels. Toute préoccupation allant au-delà de la portée du programme est transmise à d'autres services gouvernementaux ou communautaires avec la collaboration de la cliente.

Au cours de l'exercice 2006-2007, 1 698 femmes enceintes ont participé au programme prénatal des IPE. Les infirmières de la Santé publique ont concentré leurs efforts sur la prestation de services aux jeunes femmes enceintes âgées de moins de 20 ans tandis que les nutritionnistes de la Santé publique ont offert des conseils nutritionnels à la majorité des femmes, inscrites au programme prénatal. Un certain nombre de clientes ont reçu à la fois des services de la part d'infirmières et de nutritionnistes. Parmi les femmes qui ont reçu des conseils en nutrition, 87 pour cent ont reçu des suppléments nutritionnels sous forme de lait et de vitamines.

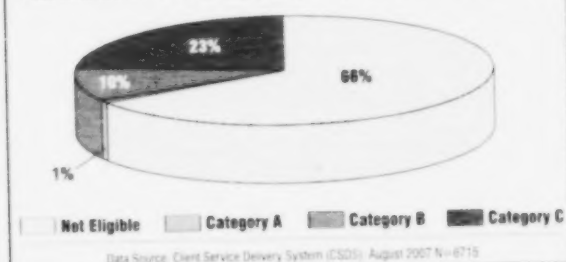
Dans le cadre du programme postnatal des IPE, tous les nouveau-nés sont évalués dans les jours qui suivent la naissance afin de déterminer leur admissibilité au programme IPE. Les infirmières de la Santé publique ont évalué 6 716 nouveau-nés à l'aide de l'outil d'évaluation des priorités de la Santé publique (ÉPSP). Trente-deux pour cent de ces nouveau-nés ont été considérés admissibles aux services postnataux des IPE. Ces résultats sont comparables à ceux des années précédentes.

L'outil d'évaluation des priorités de la Santé publique (ÉPSP) tient compte de divers facteurs pondérés pour déterminer les risques de retard du développement. Ces facteurs sont regroupés en trois grandes catégories :

- A. problèmes congénitaux et autres problèmes de santé tels que le syndrome de Down, l'infirmité motrice cérébrale, les anomalies cardiaques congénitales, le bec de lièvre et la fente palatine ou la perte d'un membre;
- B. facteurs de risque connus en matière de développement, y compris les complications liées à la grossesse ou à l'accouchement, la consommation de drogues ou d'alcool durant la grossesse, des antécédents familiaux de problèmes de santé tels que la surdité;
- C. facteurs liés à l'interaction familiale, notamment l'âge de la mère, le soutien familial, les ressources financières, la maladie mentale de l'un des parents ou des deux, le niveau d'instruction et les antécédents de violence familiale.

Chart 1 depicts the distribution of the PHPA newborn screening results within each of its categories. Given an infant may score in one or more categories, eligibility percentages vary slightly from the above reported percentage.

Distribution of Newborn PHPA Scores 2006-07



Eligible families may receive nutritional supplements for a limited period of time following the birth of a newborn. During the fiscal year, 1,975 postnatal clients received nutritional supplements.

Postnatal services focus on fostering healthy growth and development of infants and children; enhancing parenting abilities; nurturing family resiliency; and increasing community capacity. Services may be provided in a number of venues however the majority of visits occur in the client's home. Referrals to additional government and/or community services are completed in collaboration with the parent or guardian in response to a particular need of the child. Public Health nurses also work with parents and service providers to facilitate transition to school by transferring pertinent ECI client information to the Department of Education.

During 2006-07, 6,023 infants and children received postnatal services and 2,152 new clients were enrolled in the program. Public Health nurses logged 26,323 services including 7,387 client home visits and 2,006 office visits. Public Health nutritionists saw 230 clients in the postnatal program in addition to managing the nutritional supplements program. There were also 1,292 referrals to Early Intervention, 421 to Integrated Day Care, and 189 to the Day Care Assistance Program, three services provided by the Department of Family and Community Services.

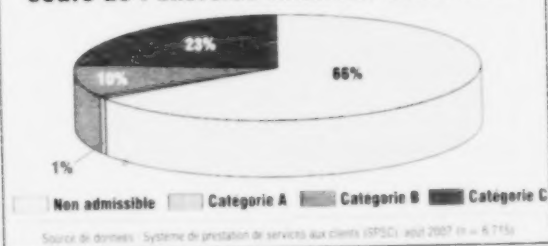
Public Health plays a significant role in the support to Child Protection Services. During the year, Public Health nurses and Child Protection social workers worked collaboratively to deliver services to 840 children under the Child Protection/ ECI joint service agreement.

3.5 Year Old Health Clinic

As part of the Early Childhood Initiative complement of programs, services of the 3.5 Year Old Health Clinic are offered to all preschoolers when they reach 3.5 years of age. The child's growth and development are assessed during the clinic visit and healthy lifestyle practices such as nutrition, immunization and child safety are discussed. The Nipissing District Developmental Screen® offers an opportunity for

Le graphique 1 illustre la répartition des résultats de l'examen des nouveau-nés à l'aide de l'ÉPSP pour chacune de ses catégories. Les taux d'admissibilité varient légèrement au-dessus du pourcentage susmentionné, car un nouveau-né peut être évalué dans une catégorie ou plus.

Répartition des résultats de l'ÉPSP au cours de l'exercice financier 2006-2007



Les familles admissibles peuvent recevoir des suppléments nutritionnels pendant une période limitée suivant la naissance d'un bébé. Au cours de l'exercice financier, 1 975 clients des services postnataux ont reçu des suppléments nutritionnels.

Les services postnataux visent à instaurer des conditions propices à la croissance et au développement sains des nourrissons et des enfants en renforçant notamment les compétences parentales, la résilience familiale et les capacités communautaires. Ces services peuvent être offerts de diverses façons; cependant, la plupart des visites se font au domicile du client. Les besoins particuliers d'un enfant peuvent être signalés à d'autres services gouvernementaux ou communautaires avec la collaboration du parent ou du tuteur. Les infirmières de la Santé publique collaborent aussi avec les parents et les fournisseurs de services pour faciliter la transition à l'école, en transférant tous les renseignements pertinents sur le client du programme IPE au ministère de l'Éducation.

En 2006-2007, 6 023 bébés et enfants ont reçu des services postnataux des IPE et 2 152 nouveaux clients ont été inscrits au programme. Les infirmières de la Santé publique ont offert 26 323 services, dont 7 387 visites à domicile et 2 006 visites au bureau. Les nutritionnistes de la Santé publique ont vu 230 clients du programme postnatal, en plus de gérer le programme de suppléments nutritionnels. Au total, 1 292 cas ont été aiguillés vers le service d'intervention précoce, 421, aux services de garderie intégrés et 189, au programme d'aide pour les services de garderie. Ces trois services sont offerts par le ministère des Services familiaux et communautaires.

La Santé publique joue un rôle important en assurant un soutien aux Services de protection de l'enfance. Au cours de l'exercice, les infirmières de la Santé publique et les travailleurs sociaux des Services de protection de l'enfance ont travaillé ensemble pour offrir des services à 840 enfants dans le cadre de l'entente de services communs entre les Services de protection de l'enfance et le programme IPE.

Clinique d'hygiène pour les enfants âgés de trois ans et demi

Les services de la clinique d'hygiène pour les enfants de trois ans et demi sont offerts à tous les enfants d'âge préscolaire dans le cadre des programmes complémentaires des Initiatives pour la petite enfance. Pendant la visite à la clinique, les évaluations portent sur de nombreux aspects de la croissance et du développement de l'enfant, comme l'alimentation, l'immunisation et la sécurité de l'enfant et sur des modes de vie sains. Le questionnaire de dépistage du district

parents to share their observations about their child's development and take home an age appropriate activities tear sheet. When needed and with parental consent, referrals for additional professional services are completed. The 3.5 Year Old Health Clinic provides the second universal screening opportunity for referral to the ECI program.

During 2006-07, Public Health nurses saw 6,095 children at the 3.5 Year Old Health Clinic. Of these children, 263 were referred to the ECI program and 27 per cent were referred for further vision, hearing or speech assessment.

The Baby-Friendly Initiative (BFI)

The Baby-Friendly Initiative is a special program of the World Health Organization (WHO) and United Nations Children's Fund (UNICEF) developed to optimize breastfeeding outcomes for mothers and babies. Provincially, the Baby Friendly Initiative was launched early in 2006 with Public Health as the lead. Work is done in collaboration with Hospital Services and in conjunction with the New Brunswick BFI Advisory Committee.

A number of projects were undertaken during the past year to build on the breastfeeding promotion and support efforts already underway in hospitals, Public Health offices and Community Health Centres. These include:

- 1) BFI self-assessment initiated in each Regional Health Authority;
- 2) five 20-hour breastfeeding skills courses delivered to health care professionals across the province;
- 3) participants recruited for infant feeding study;
- 4) educational and promotional materials developed and distributed to BFI Committees;
- 5) quarterly NB BFI Newsletter launched and
- 6) second Annual BFI Roundtable held with RHA stakeholders.

As depicted in Table A-8, provincial trends show a gradual increase in babies being breastfed at birth. In 2006-07, 72.7 per cent of New Brunswick mothers initiated breastfeeding, representing a 10 per cent increase in the last ten years. Although New Brunswick is making small gains, it continues to remain below the 1998-99 national initiation rate of 81.9 per cent (Health Canada: Canadian Perinatal Health Report, 2003).

de Nipissing offre aux parents une occasion de faire part de leurs observations sur le développement de leur enfant et de se procurer un feuillet d'activités en fonction de l'âge. Au besoin et avec le consentement des parents, les enfants sont aiguillés vers d'autres services professionnels. La clinique d'hygiène pour les enfants de trois ans et demi est la deuxième occasion de dépistage universel et d'aiguillage vers le programme IPE.

En 2006-2007, les infirmières de la Santé publique ont évalué 6 095 enfants à la clinique et ont aiguillé 263 enfants vers le programme IPE et 27 pour cent, vers d'autres professionnels pour des évaluations supplémentaires de la vue, de l'ouïe et de la parole.

Initiative des amis des bébés (IAB)

L'Initiative des amis des bébés, un programme spécial de l'Organisation mondiale de la santé et du Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), a été établie afin d'optimiser les résultats de l'allaitement pour les mères et les bébés. À l'échelle provinciale, l'initiative qui a été mise sur pied au début de 2006 est dirigée par la Santé publique, en collaboration avec les Services hospitaliers et avec le concours du Comité consultatif de l'Initiative des amis des bébés du Nouveau-Brunswick (IABNB).

Divers projets ont été entrepris au cours de la dernière année pour tirer parti des efforts de promotion et de soutien de l'allaitement maternel actuellement en cours dans les hôpitaux, les bureaux de la Santé publique et les centres de santé communautaires. Voici la liste de ces projets :

- 1) auto-évaluation de l'IAB dans chaque région régionale de la santé;
- 2) cinq cours de 20 heures sur les aptitudes à l'allaitement offerts par des professionnels des soins de santé dans la province;
- 3) recrutement des participants pour une étude sur l'alimentation des nourrissons;
- 4) préparation et distribution de matériel éducatif et promotionnel aux comités de l'IAB;
- 5) lancement du bulletin semestriel de l'IABNB et
- 6) deuxième table ronde annuelle de l'IAB avec des intervenants des RRS.

Comme l'indique le tableau A-8, la tendance provinciale montre une augmentation progressive du nombre de bébés qui sont allaités à la naissance. En 2006-2007, 72,7 pour cent des mères néo-brunswickoises ont choisi l'allaitement maternel, ce qui représente une augmentation de 10 pour cent au cours des dix dernières années. Même si le Nouveau-Brunswick fait de faibles gains, il reste en-dessous de la première moyenne nationale de 1998-1999 de 81,9 pour cent. (Santé Canada : Rapport sur la santé périnatale au Canada, 2003)

Table A-8 Percent of New Brunswick Newborns Breastfed at Birth April 1, 1996 to March 31, 2007

Year	%
96-97.....	63
97-98.....	63
98-99.....	65
99-00.....	65
00-01.....	66
01-02.....	69
02-03.....	69
03-04.....	69
04-05.....	71
05-06.....	71
06-07.....	73

Data Sources: Obtained from PHPA recorded in HNHC prior to 1999, and CSDS since July 1999

Healthy Learners in School Program

The Healthy Learners in School Program, introduced in September 2000, was jointly developed by the Departments of Health and Education. The purpose is to promote the development of health promotion and prevention initiatives to improve student wellness. The aim is to promote interventions that will support students in healthy decision making before they are in crisis.

The eight Regional Health Authorities have responsibility for delivering the Healthy Learners in School Program. Health Advisory Committees are made up of the Healthy Learners Program Public Health nurse, educators, parents, students and community members. Each year, the committee identifies health priorities, develops comprehensive action plans and works together to implement strategies to encourage healthy lifestyles and supportive, healthy environments. Public Health nurses with the program also provide support to the development and implementation of health curricula by districts and schools.

In 2006-07, districts continued to address a range of priorities, with the majority involving promotion of healthy eating, physical activity, and emotional well-being as well as supporting Tobacco-free Schools' initiatives.

Sexual Health Program

Using a comprehensive approach, the department's Sexual Health Program aims to improve, support and maintain the healthy sexuality of New Brunswick youth. The program aims to reduce the incidence of unplanned pregnancies and sexually transmitted infections in New Brunswick youth. Program components include education, counseling and clinical services to youth under the age of 25. Parents/guardians may access the program for education and counseling services. Professionals who work with youth may access education information and resources as well. Services are provided through seven regional Sexual Health Centers along with additional outreach services to rural areas of the region.

Tableau A-8 Pourcentage de nouveau-nés du Nouveau-Brunswick nourris par allaitement maternel à la naissance du 1^{er} avril 1996 au 31 mars 2007

Année	%
1996-1997.....	63
1997-1998.....	63
1998-1999.....	65
1999-2000.....	65
2000-2001.....	66
2001-2002.....	69
2002-2003.....	69
2003-2004.....	69
2004-2005.....	71
2005-2006.....	71
2006-2007.....	73

Sources de données : Tiré de l'ÉPSP enregistré dans HNHC avant 1999, et du SPSC depuis juillet 1999.

Programme Apprenants en santé à l'école

Le programme Apprenants en santé à l'école, lancé en septembre 2000, a été élaboré conjointement par les ministères de la Santé et de l'Éducation. Le but du programme est de promouvoir l'élaboration de programmes de prévention et de promotion de la santé afin d'améliorer le mieux-être des élèves. Il vise à encourager les interventions qui appuieront les élèves dans la prise de décisions saines avant qu'ils se trouvent en état de crise.

Le programme Apprenants en santé à l'école relève des huit régions régionales de la santé. Les comités consultatifs en matière de santé regroupent les infirmières de la Santé publique du programme Apprenants en santé, les éducateurs, les parents, les élèves et les membres de la collectivité. Chaque année, le comité détermine les priorités en matière de santé, élabore des plans d'action exhaustifs et travaille en collaboration afin de mettre en œuvre des stratégies favorisant des modes de vie et des milieux positifs et sains. Les infirmières de la Santé publique du programme appuient aussi l'élaboration et la mise en œuvre de programmes d'hygiène par les districts et les écoles.

En 2006-2007, les districts ont accordé la priorité à la promotion d'une alimentation saine, à l'activité physique, au bien-être émotionnel ainsi qu'aux initiatives visant des écoles sans fumée.

Programme de santé sexuelle

Misant sur une approche exhaustive, le Programme de santé sexuelle du ministère vise à améliorer et à soutenir la santé sexuelle des jeunes néo-brunswickois en plus d'en favoriser le maintien. Le programme a pour but de réduire l'incidence des grossesses imprévues et des infections transmises sexuellement chez les jeunes du Nouveau-Brunswick. Les composantes du programme offrent de l'information, du counseling et des services cliniques aux jeunes âgés de moins de 25 ans. Les parents ou tuteurs peuvent accéder à de l'information sur l'éducation et les services de counseling grâce au programme. Les professionnels qui travaillent avec les jeunes peuvent également accéder à l'information et aux ressources relatives à l'éducation. Les services sont offerts par l'entremise de sept centres de santé sexuelle régionaux, en plus des services d'extension qui sont offerts aux zones rurales des diverses régions.

Education is one of the main components of the Sexual Health Program. Sound, current and age-appropriate sexual health education is the foundation upon which the Sexual Health Program is built.

In fiscal 2006-07, there were 11,860 clients who accessed the regional sexual health centers, of which 2,337 were new clients. Clinical services (sexual health related examinations/tests by a nurse and/or physician) were received by 12,137 clients. There were 624 group education sessions that reached approximately 9,412 people. In addition to these services, Public Health responded to approximately 2,121 requests for sexual health related resources/information from parents, students and professionals.

Injury and Disease Prevention Initiatives

(1) Tobacco

Figures for 2006 (Canadian Tobacco Use Monitoring Survey) indicate that 22.6 per cent of New Brunswickers age 15 and older smoke. Figures show that 15.7 per cent of youth aged 15-19 years are current smokers, a drop of 2.3 per cent over the previous year. Meanwhile, 32.1 per cent of youth aged 20-24 years are current smokers, up 2.1 per cent over the previous year.

Tobacco control initiatives continue to be a key component to improve population health. In October 2004, the province implemented the provincial *Smoke-free Places Act*. The legislation includes a complete ban on smoking in all enclosed public places and indoor workplaces in the province, with the exception of group living facilities and tourist accommodation facilities which can designate smoking rooms.

The Act is enforced through a coordinated approach between Public Health, the Department of Public Safety, and the Workplace Health, Safety and Compensation Commission. A toll-free information line also provided a single entry point for people to report violations of the Act. During the year, the number of complaints has declined (from a total of 156 complaints in the first six months of fiscal 2004-05 to 65 for the entire 2005-06 fiscal year to 49 for the entire 2006-07 fiscal year).

Complaints under *Smoke Free Places Act*

DEPARTMENT	Oct – March 2004-05	April – March 2005-06	April – March 2006-07
Public Health	56 (35%)	41 (63%)	34 (69%)
Public Safety	75 (48%)	10 (15%)	6 (12%)
WHSCC	25 (16%)	14 (22%)	9 (19%)
Total complaints	156	65	49

The *Tobacco Sales Act* regulates how and to whom tobacco products are sold. Compliance checks and decoy buys (enforcement checks) continue to be carried out to ensure tobacco products are not sold to anyone under age 19. A total of 1,738 compliance checks were conducted and subsequent "decoy buys"

L'éducation constitue l'un des principaux éléments du Programme de santé sexuelle. Une éducation sexuelle solide, actuelle et adaptée à l'âge est le fondement du Programme de santé sexuelle.

Au cours de l'exercice financier 2006-2007, 11 860 clients ont accédé aux centres régionaux de santé sexuelle et, de ce nombre, 2 337 étaient de nouveaux clients. De plus, 12 137 clients ont bénéficié de services cliniques (examens et tests ayant trait à la santé sexuelle effectués par une infirmière ou un médecin). Les 624 séances d'information de groupe ont été suivies par environ 9 412 personnes. En plus de ces services, la Santé publique a répondu à environ 2 121 demandes de ressources et d'information relatives à la santé sexuelle provenant des parents, des élèves et des professionnels.

Initiatives de prévention des blessures et des maladies

(1) Tabagisme

Les chiffres de 2006 (Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada) indiquent que 22,6 pour cent des gens du Nouveau-Brunswick âgés de 15 ans et plus fument et que 15,7 pour cent des jeunes de 15 à 19 ans fument actuellement, ce qui représente une diminution de 2,3 pour cent par rapport à l'année précédente. Pour le groupe des 20 à 24 ans, le taux est de 32,1 pour cent, ce qui représente une hausse de 2,1 pour cent par rapport à l'année précédente.

Les mesures de lutte contre le tabagisme demeurent un volet clé pour améliorer la santé de la population. En octobre 2004, le gouvernement provincial a mis en œuvre la *Loi sur les endroits sans fumée*. La loi comprend une interdiction complète de fumer dans les endroits publics fermés et dans les lieux de travail intérieurs dans la province, à l'exception des établissements où les gens vivent en groupe et des établissements d'hébergement touristiques qui peuvent désigner des chambres fumeurs.

La *Loi* est appliquée à l'aide d'une approche coordonnée entre la Santé publique, le ministère de la Sécurité publique et la Commission de la santé, de la sécurité et de l'indemnisation des accidents au travail. Une ligne d'information sans frais offre aussi un point d'entrée unique que les gens peuvent utiliser pour signaler les infractions à la *Loi*. Au cours de l'année, le nombre de plaintes a diminué (passant de 156 plaintes au cours des six premiers mois de l'exercice 2004-2005 à 65 pour l'exercice 2005-2006 et à 49 pour l'exercice 2006-2007).

Plaintes en vertu de la *Loi sur les endroits sans fumée*

MINISTÈRE	Octobre à mars 2004-2005	Avril à mars 2005-2006	Avril à mars 2006-2007
Santé publique	56 (35 %)	41 (63 %)	34 (69 %)
Sécurité publique	75 (48 %)	10 (15 %)	6 (12 %)
CSSIAT	25 (16 %)	14 (22 %)	9 (19 %)
Total de plaintes	156	65	49

La *Loi sur les ventes de tabac* régleme la méthode de vente et détermine à qui peuvent être vendus les produits du tabac. Des vérifications de conformité et des achats leurres (vérifications de l'application) continuent d'être effectués pour s'assurer que les produits du tabac ne sont pas vendus aux jeunes âgés de moins de 19 ans. Au total, 1 738 vérifications

were undertaken with a compliance rate of approximately 93 per cent in both cases. These efforts resulted in one charge being laid.

The New Brunswick Anti-Tobacco Coalition, a cooperative effort between non-government organizations, government departments and Regional Health Authority personnel, was launched in September 2001. The goal of the coalition is to formalize and strengthen collaborative action on key objectives of the Anti-Tobacco Strategy. As this effort directly contributes to the strategic directions and activities of the Wellness Strategy, announced in January 2006, support for the coalition now is through the Wellness Strategy. The Department of Wellness, Culture, and Sport now has lead responsibility for this initiative.

(2) Healthy Eating

Public Health Nutritionists provided information on healthy eating using a wide range of activities and settings including public education, information to health professionals, community action groups and consultation services. Partnership building and collaboration are key components for achieving healthy eating objectives for the New Brunswick population. Partners include Community Action Program for Children/Canava Prenatal Nutrition Program (CAPC/CPNP), the Department of Family and Community Services (Prenatal Benefit Program), Department of Education, Provincial Baby Friendly Initiative (BFI) Advisory Committee, Healthy Eating and Physical Activity Coalition of New Brunswick (HEPAC) and the Department of Wellness, Culture and Sport. Collaboration with other provinces and territories to promote healthy eating and physical activity is also happening through different channels.

Public Health Nutritionists provided support to the Healthy Learners in School program as well as the Vegetable and Fruit Grants program to promote the consumption of vegetables and fruits to students in New Brunswick Public Schools. Public Health Nutritionists also contributed to the ongoing development of the Department of Education's School food policy and helped schools and school districts implement the policy. Public Health Nutritionists provided information on healthy eating, school breakfast programs, school lunches, snacks and food safety to parents and teachers. In early 2007, Health Canada released a new Canada's Food Guide. Canada's Food Guide is an important tool for promoting wellness and preventing chronic disease amongst New Brunswickers and Public Health Nutritionists played a lead role in New Brunswick on the promotion, education and dissemination of the Food Guide.

(3) Dental Health

In collaboration with the school districts, Public Health has been offering a preventative dental Fluoride Mouthrinse Program to elementary schools across New Brunswick since 1979. The Mouthrinse Program is a voluntary program that requires parental consent and it is conducted on a weekly basis to students in grades K to 5.

de conformité ont été effectuées et ont été suivies d'achats leurre. Un taux de conformité d'environ 93 pour cent a été obtenu dans les deux cas. Ces efforts ont mené à une accusation.

La Coalition antitabac du Nouveau-Brunswick, un effort collectif entre les organismes non gouvernementaux, les ministères et les régions régionales de la santé, a été lancée en septembre 2001. Elle a pour but d'officialiser et de consolider les efforts collectifs en ce qui concerne les principaux objectifs de la stratégie antitabac. Puisque ces efforts contribuent directement aux directions et aux activités stratégiques de la Stratégie du mieux-être annoncée en janvier 2006, le soutien de la Coalition est maintenant assuré par la Stratégie du mieux-être. Le ministère du Mieux-être, de la Culture et du Sport est maintenant le principal responsable de cette initiative.

(2) Alimentation saine

Les nutritionnistes de la Santé publique ont fourni de l'information sur les saines habitudes alimentaires au cours de diverses activités et dans plusieurs milieux, y compris l'information au public, des renseignements aux professionnels de la santé, les groupes d'action communautaires et les services de consultation. La création de partenariats et la collaboration constituent des éléments essentiels à la réalisation des objectifs d'une alimentation saine pour la population du Nouveau-Brunswick. Les partenaires suivants participent à ces initiatives : Programme d'action communautaire pour les enfants et Programme canadien de nutrition prénatale (PACE/PCNP), Programme de prestation prénatale du ministère des Services familiaux et communautaires, ministère de l'Éducation, Comité consultatif de l'Initiative des amis des bébés, Coalition pour une alimentation saine et l'activité physique (CASAP) et ministère du Mieux-être, de la Culture et du Sport. La collaboration avec les autres provinces et les territoires pour promouvoir une alimentation saine et l'activité physique est également assurée par l'entremise d'autres moyens.

Les nutritionnistes de la Santé publique ont fourni de l'aide au programme Apprenants en santé à l'école ainsi qu'au programme de subventions pour fruits et légumes visant à encourager les élèves des écoles publiques du Nouveau-Brunswick à consommer des fruits et des légumes. Les nutritionnistes de la Santé publique ont aussi participé à l'élaboration continue de la politique du ministère de l'Éducation sur l'alimentation en milieu scolaire et ont aidé les écoles et les districts scolaires à la mettre en œuvre. Elles ont fourni aux parents et au personnel enseignant de l'information sur une alimentation saine, le programme de déjeuners à l'école, les dîners à l'école, les goûters et la salubrité des aliments. Au début de 2007, Santé Canada a publié un nouveau Guide alimentaire canadien, un outil important pour promouvoir le mieux-être et prévenir les maladies chroniques chez les Néo-Brunswickois. Les nutritionnistes de la Santé publique ont joué un rôle de premier plan au Nouveau-Brunswick dans la promotion, la vulgarisation et la diffusion du Guide alimentaire.

(3) Hygiène dentaire

En collaboration avec les districts scolaires, la Santé publique offre un programme de rinçage buccal au fluorure dans les écoles primaires du Nouveau-Brunswick depuis 1979. Il s'agit d'un programme volontaire qui exige le consentement des parents et qui est organisé une fois par semaine pour les élèves de la maternelle à la 5^e année.

Mental Health Prevention and Promotion Initiatives

Several programs managed and/or supported by the Addiction and Mental Health Services Division focus on prevention and promotion activities. These include consumer-run activity centres that are located throughout the province. They engage in a variety of activities, according to local needs and interests. They promote community integration by providing social, vocational, recreational and advocacy activities. They help people become more independent of formal services by means of peer support, education, and mutual self-help. During the 2006-07 fiscal year, the activity centres received 1,857 distinct attendees, which represents a one per cent increase in the number of individual attendees from the previous fiscal year. In addition, there are two Clubhouses, one in Saint John and one in Fredericton, where mental health consumers work in partnership with professionals to provide meaningful, structured, pre-vocational and vocational activities.

The prevention and promotion component also includes a Critical Incident Stress Response Program, which is intended to help alleviate stress trauma due to a tragic occurrence. In 2006-07, regionally based Critical Incident Stress Management (CISM) teams were called upon to provide services to 471 individuals. Emergency services personnel were also involved in 48 debriefing and defusing sessions related to various traumatic incidents such as road traffic accidents leading to deaths, attempted suicides and suicides, fire, threats and assaults.

Another initiative is the Suicide Prevention Program. The program's three main components are prevention, intervention, and post-vention. A Provincial Suicide Prevention Committee advises the Addiction and Mental Health Services Division with regard to suicide prevention activities. There are also 13 regional suicide prevention committees with representatives from various government departments, and non-profit and private agencies.

The main goal of these regional committees is to educate and promote the well-being of the population through achieving a better understanding of the complexity of suicide. Some activities in place to achieve this goal are:

- suicide prevention month
- radio and TV advertisement
- workshops on suicide awareness
- workshops on suicide prevention in schools

In addition to the Suicide Prevention Program, the department is supporting a suicide research project, examining the circumstances surrounding all deaths by suicides and some suicide attempts in New Brunswick between April 1, 2002, and May 31, 2003. The research is being conducted in collaboration with the Chief Coroner's Office, and researchers from the Fernand-Séguin Institute in Montreal. The findings of

Initiatives de prévention et de promotion en santé mentale

Plusieurs programmes gérés ou appuyés par la Division des services de traitement des dépendances et de santé mentale sont axés sur les activités de prévention et de promotion. On compte, parmi ces programmes, des centres d'activités gérés par les consommateurs qui sont situés dans l'ensemble de la province et qui participent à diverses activités selon les besoins et les intérêts locaux. Ces centres favorisent l'intégration communautaire en offrant des activités sociales, professionnelles, récréatives et de promotion des droits. Ils aident les gens à devenir plus autonomes vis-à-vis des services officiels en leur offrant un soutien par les pairs, de l'information et de l'entraide. Durant l'exercice financier 2006-2007, les centres d'activités ont accueilli 1 857 participants distincts, ce qui représente une augmentation de un pour cent par rapport à l'exercice financier précédent. De plus, il y a deux clubs, un à Saint John et un à Fredericton, où les consommateurs de la santé mentale travaillent en partenariat avec des professionnels pour offrir des activités professionnelles et préprofessionnelles structurées et valables.

Le volet de la prévention et de la promotion comprend aussi un Programme de gestion du stress en cas d'incident critique ayant pour but d'atténuer le stress traumatique causé par un événement tragique. En 2006-2007, des équipes régionales de gestion du stress en cas d'incident critique ont fourni des services à 471 personnes. Le personnel des services d'urgence a participé à 48 séances de bilan et de désamorçage sur divers incidents traumatiques comme des accidents mortels de la route, des tentatives de suicide, des suicides, des incendies, des menaces et des agressions.

Le Programme de prévention du suicide est une autre initiative. Il comprend trois volets : la prévention, l'intervention et la postvention. Un Comité provincial de prévention du suicide conseille la Division des services de traitement des dépendances et de santé mentale sur les activités de prévention du suicide. La province compte aussi 13 comités régionaux de prévention du suicide formés de représentants de divers ministères, d'organismes à but non lucratif et du secteur privé.

Ces comités ont pour but principal de promouvoir le mieux-être de la population et de sensibiliser celle-ci au moyen d'une meilleure compréhension de la complexité du suicide. Certaines activités mises en place permettent d'atteindre ce but :

- mois de la prévention du suicide;
- annonces à la télévision et à la radio;
- ateliers de sensibilisation au suicide;
- ateliers de prévention du suicide dans les écoles.

En plus du Programme de prévention du suicide, le ministère appuie un projet de recherche sur le suicide qui examine les circonstances entourant les décès par suicide et certaines tentatives de suicide au Nouveau-Brunswick qui sont survenus entre le 1^{er} avril 2002 et le 31 mai 2003. La recherche est effectuée en collaboration avec le Bureau du coroner en chef et des chercheurs de l'Institut Fernand Séguin, à Montréal. Les conclusions de la recherche concernant tous les décès par

the research surrounding all death by suicides are accessible at the following website:
<http://www.gnb.ca/0051/pub/index-e.asp>

The analysis of the data surrounding the suicide attempts has been completed and will be posted shortly.

suicide sont accessibles sur le site Web suivant :
<http://www.gnb.ca/0051/pub/index f.asp>.

L'analyse des données concernant les tentatives de suicide est terminée et sera affichée bientôt.

CORE BUSINESS AREA: PROVISION OF CARE

Ambulance Services

The department is responsible for the development and maintenance of a balanced and effective network of land and air ambulance services, supported by a centralized dispatch system.

The Ambulance Service Branch focused on several key areas in fiscal 2006-07, including:

- continuation of work on ambulance system renewal as provided for in the government's *Charter for Change*,
- negotiation of a contract with Medavie Blue Cross to operate the provincial ambulance system,
- engagement of a provincial medical director to oversee the clinical and patient care aspects of the ambulance system,
- enhancement of paramedic training,
- addition of on site hours, and
- upgrading the Air, Land and Central Dispatch systems.

Land Ambulance

Key Objectives

- establish annual service contracts for specific coverage areas and costs;
- set performance goals, and
- provide on-going operational monitoring.

The provincial ambulance system is comprised of a mix of services including Regional Health Authorities (RHAs), private for-profit, private not for profit, municipal and community-based volunteer boards. In fiscal 2006-07, 39 ambulance operators were responsible for the operation of 54 ambulance services. Collectively, they employ over 800 ambulance personnel and operate 118 ambulances from 71 stations.

Ambulances are deployed in response to calls placed over the New Brunswick 9-1-1 system and to transport patients between health care facilities. The total call volume for both 9-1-1 response and inter-hospital transfers has been increasing steadily over the past five years.

Central Dispatch System

The centralized ambulance dispatch system known as MTCC (Medical Transportation Coordination Centre), based in Moncton, dispatches all ambulances throughout New Brunswick, with the exception of Saint John and Grand Manan. The Municipal Public Safety Communications Center in Saint John is responsible for the ambulance dispatch in the municipalities of

SECTEUR D'ACTIVITÉ PRINCIPAL : PRESTATION DE SOINS

Services d'ambulance

Le ministère est chargé de la mise sur pied et du maintien d'un réseau équilibré et efficace de services d'ambulance aérienne et terrestre, appuyé par un système central de répartition.

La Direction des services d'ambulance s'est concentrée sur plusieurs secteurs clés au cours de l'exercice financier 2006-2007, notamment :

- poursuite des travaux en vue du renouvellement du système d'ambulance prévu dans le *Pacte pour le changement* du gouvernement;
- négociation d'un contrat avec Medavie Croix Bleue pour l'exploitation du réseau provincial d'ambulance;
- embauche d'un directeur médical provincial chargé de surveiller les aspects des soins aux patients et des soins cliniques du système d'ambulance;
- amélioration de la formation des travailleurs paramédicaux;
- ajout d'heures sur place;
- amélioration des systèmes de répartition centrale des ambulances aériennes et des ambulances terrestres.

Ambulance terrestre

Principaux objectifs :

- établir des contrats de services annuels pour des zones de couverture particulières et en déterminer les coûts;
- établir des objectifs de rendement;
- assurer une surveillance opérationnelle continue.

Le réseau provincial de services d'ambulance est composé d'un ensemble de services, y compris les régies régionales de la santé (RRS), des organismes privés à but lucratif, des organismes privés sans but lucratif et des conseils municipaux et communautaires composés de bénévoles. Au cours de l'exercice 2006-2007, 39 exploitants d'ambulance ont été chargés de l'exploitation de 54 services d'ambulance. Collectivement, ils emploient environ 800 employés d'ambulance et exploitent 118 ambulances à partir de 71 stations.

Les ambulances sont réparties en réponse aux appels effectués à l'aide du système 911 du Nouveau-Brunswick et transportent également des patients entre les établissements de soins de santé. Le nombre total d'appels pour les interventions du 911 et de transferts entre les hôpitaux a augmenté constamment au cours des cinq dernières années.

Système central de répartition

Le système centralisé de répartition des ambulances connu sous le nom de Centre de coordination des transports médicaux (CCTM), situé à Moncton, fait la répartition de tous les services d'ambulance dans l'ensemble du Nouveau-Brunswick, à l'exception de Saint John et de l'île de Grand Manan. À Saint John, le Centre municipal de communication de sécurité publique est chargé de la

Quispamsis, Rothesay and Saint John. On Grand Manan Island, the hospital is responsible for dispatching the ambulance.

The MTCC is one of the most technologically advanced dispatch centers of its type capable of providing rapid triaging and coordinated dispatching of ambulances across New Brunswick. Through the use of integrated digital mapping coupled with the enhanced capabilities of the 9-1-1 system, dispatchers are now able to know precisely where the caller is calling from when using a land-line, and are better able to utilize the closest vehicle to respond to an emergency.

Utilizing American Tritech's CAD (Computer Aided Dispatching) coupled with Medical Priorities call triaging software, 9-1-1 calls are processed and dispatched to ambulances within 90 seconds.

Throughout New Brunswick, there were 120,227 calls (requests for ambulance service) during the year compared to 106,308 the previous year.

Air Ambulance Service

The Air Ambulance Service is designed to achieve four key goals:

- 1) to augment land ambulance inter-facility transports;
- 2) to perform intra-provincial and inter-provincial critical care transports
- 3) to return patients from inter-provincial services and
- 4) to negate the necessity of relying on external air carriers to perform these functions.

The Air Ambulance Service also provides a critical care neo-natal transportation program for babies in need of urgent transportation.

The aircraft performed 548 calls in 2006-07, an increased call volume from the previous year, with 248 flights (46 per cent) taking the aircraft out of province.

répartition des ambulances dans les municipalités de Quispamsis, Rothesay et Saint John. Dans l'île de Grand Manan, l'hôpital est chargé de la répartition des services d'ambulance.

Sur le plan technologique, le CCTM est l'un des centres de répartition les plus avancés du genre. Il peut offrir un service de répartition coordonné des ambulances et de triage rapide dans l'ensemble du Nouveau-Brunswick. Grâce à l'utilisation de la cartographie numérique intégrée, conjuguée avec les capacités améliorées du système 911, les répartiteurs peuvent maintenant savoir exactement où se trouve l'appelant lorsqu'il utilise une ligne terrestre, et ils peuvent également mieux utiliser le véhicule le plus près pour répondre à une urgence.

Grâce au système américain de répartition assistée par ordinateur Tritech et au logiciel de tri des appels médicaux prioritaires (Medical Priorities), les appels du service 911 sont traités et acheminés aux ambulances en moins de 90 secondes.

Au Nouveau-Brunswick, il y a eu 120 277 appels (demandes de service d'ambulance) pendant l'année comparativement à 106 308 l'année précédente.

Service d'ambulance aérienne

Le Service d'ambulance aérienne vise les quatre principaux objectifs suivants :

- 1) compléter le transport terrestre entre les établissements;
- 2) assurer le transport entre les provinces et dans la province des patients en phase critique;
- 3) transporter les patients revenant dans la province après avoir reçu des services dans des établissements de soins de santé à l'extérieur;
- 4) diminuer le besoin d'avoir recours à des transporteurs aériens externes pour exercer ces fonctions.

Le Service d'ambulance aérienne offre aussi un programme de transport néonatal pour soins critiques aux enfants qui ont besoin d'être transportés de façon urgente.

L'ambulance aérienne a répondu à 548 appels en 2006-2007, soit un volume accru par rapport à celui de l'année précédente, dont 248 vols (46 pour cent) qui l'ont menée à l'extérieur de la province.

Air Ambulance Call Volumes/Nombre de sorties de l'ambulance aérienne

Age Category/Catégorie d'âge	2002-03	2003-04	2004-05	2005-06	2006-07
Adult/Adulte	252	207	307	356	404
Pediatric/Pédiatrie	66	65	87	77	71
Neonatal/Néonatal	92	110	107	74	73
Total Responses/Interventions totales	410	382	501	507	548

High priority calls and repatriations (returning patients to New Brunswick who were referred to hospitals outside of the province for treatment.) are as follows:

Les appels de haute priorité et les rapatriements (les patients du Nouveau-Brunswick qui reviennent après avoir été dirigés vers des hôpitaux à l'extérieur de la province pour un traitement) sont les suivants :

Air Ambulance Call Volumes/Nombre de sorties de l'ambulance aérienne

Age Category/Catégorie d'âge	Diagnosis Category/Catégorie de diagnostic	Number/Nombre
Adult/Adulte(313)	Cardiovascular/Cardiovasculaire	243
	Gastro-intestinal/Gastro-intestinal	12
	Neurological/Neurologique	16
	Trauma/Traumatisme	7
	Respiratory/Respiratoire	8
	Infectious Disease/Maladie infectieuse	7
	Other/Autre	20
Paediatric/Pédiatrie(63)	Gastro-intestinal/Gastro-intestinal	17
	Neurological/Neurologique	17
	Infectious Disease/Maladie infectieuse	3
	Respiratory/Respiratoire	13
	Trauma/Traumatisme	1
	Cardiovascular/Cardiovasculaire	10
	Other/Autre	2
Neonatal/Néonatal(54)	Gastro-intestinal/Gastro-intestinal	11
	Cardiovascular/Cardiovasculaire	11
	Prematurity/Prématurité	7
	Neurological/Neurologique	4
	Respiratory/Respiratoire	3
	Other/Autre	18
Repatriation/Rapatriement(118)	Returning patients to New Brunswick who were referred to hospitals outside of the province for treatment./ Patients revenant au Nouveau-Brunswick qui avaient été dirigés vers des hôpitaux à l'extérieur de la province pour un traitement	

Ambulance Procurement

The ambulance procurement system continues to provide a high quality fleet of vehicles. On an annual basis, the department, through Malley Industries, replaces between 20 and 25 per cent of the land ambulance fleet. In 2006-07, 33 new ambulances were delivered to service operators.

Inspection Unit

The Inspection Unit is responsible for ensuring that ambulance operators comply with the Act, Regulations and Standards.

Achat d'ambulances

Le système d'approvisionnement en ambulances continue de fournir un parc de véhicules de qualité supérieure. Annuellement, le ministère, par l'entremise de Malley Industries, remplace de 20 à 25 pour cent du parc de véhicules. En 2006-2007, 33 nouvelles ambulances ont été livrées aux exploitants des services.

Unité des inspections

L'Unité des inspections est chargée de s'assurer que les exploitants des services d'ambulance respectent toutes les exigences de la loi, des règlements et des normes.

The inspection process is designed to ensure the ambulance and all durable and disposable medical equipment comply with the Standards for Ambulance Services in New Brunswick. The Inspection Unit also performs random audits respecting patient care to ensure protocol compliancy. An administrative inspection is conducted to review compliance with operational policies, paramedic recertification of advanced life support skills, vehicle maintenance, quality assurance reporting etc. All non-compliant issues identified during initial annual inspections are monitored for corrective action through additional follow up inspections. To ensure continuous compliance, the Inspection Unit strives to perform a minimum of 25 per cent of all site inspections unannounced.

Inspections Performed

Service inspections.....	55
Follow-up service inspections.....	63
Vehicle inspections.....	113
Follow-up vehicle inspections.....	169
New vehicle inspection.....	30
Investigations related to patient care complaints.....	3

Paramedic Skill Enhancement

The Ambulance Services Branch introduced the Advanced Life Support (ALS) initiative in 2005-06 in order to provide ALS services on every ambulance. The ALS initiative focused on providing paramedics with the skills to treat patients with cardiac, respiratory, and diabetic conditions. In addition, IV initiation, including the administration of fluids and medications, and an advanced airway device have been introduced to enhance the level of care provided. By the end of fiscal 2006-07, approximately 600 Emergency Medical Technicians have been trained in these advanced skills.

Ambulance Renewal Current System

New Brunswick's current ambulance system requires upgrading and enhancements to ensure improved, consistent pre-hospital patient care across the province. The department undertook negotiations with Medavie Blue Cross on a performance-based contract for the management and day-to-day operations of the proposed new system.

Primary Health Care

A dedicated unit for Primary Health Care was established within the Addictions and Mental Health Division. The unit provides on-going support for the provincial development and implementation of Community Health Centres (CHCs), a collaborative practice site (Gibson Health Clinic) and a primary health care network. The unit is also responsible for providing a professional training model for primary health care providers (Building a Better Tomorrow) as well as developing and leading the provinces' *Chronic Disease Prevention and Management Strategy*, managing the provincial Tele-Care Service and developing a provincial injury prevention framework.

L'inspection vise à assurer que l'ambulance et le matériel médical durable et jetable sont conformes aux Normes des Services d'ambulance du Nouveau-Brunswick. L'Unité des inspections effectue des vérifications au hasard concernant les soins au patient pour assurer la conformité au protocole. Une inspection d'administration est effectuée pour revoir la conformité aux modalités opérationnelles, la recertification des travailleurs paramédicaux en techniques spécialisées de maintien des fonctions vitales, l'entretien des véhicules, les rapports d'assurance de la qualité, etc. Tous les cas de non-conformité dépistés pendant les premières inspections annuelles sont vérifiés en vue de la prise de mesures correctrices à l'aide d'autres inspections de suivi. Pour assurer la conformité continue aux exigences, l'Unité des inspections tente d'effectuer au moins 25 pour cent des inspections sur place à l'improvvisu.

Inspections effectuées

Inspections de service.....	55
Inspections de service de suivi.....	63
Inspections de véhicule.....	113
Inspections du véhicule de suivi.....	169
Inspection d'un nouveau véhicule.....	30
Enquêtes faisant suite à des plaintes relatives aux soins aux patients.....	3

Accroissement des compétences des travailleurs paramédicaux

La Direction des services d'ambulance a adopté l'initiative Techniques spécialisées de maintien des fonctions vitales en 2005-2006 afin d'offrir ces services sur chaque ambulance. Cette initiative vise surtout à fournir aux travailleurs paramédicaux les compétences dont ils ont besoin pour traiter les patients atteints de maladies cardiaques, de maladies respiratoires et du diabète. De plus, les techniques de mise en place de l'IV, y compris l'administration de fluides et de médicaments, et de mise en place d'un dispositif aérien spécialisé ont été adoptées pour accroître le niveau de soins dispensés. À la fin de l'exercice financier 2006-2007, environ 600 techniciens d'urgence médicale (TUM) avaient reçu une formation dans ces techniques spécialisées.

Renouvellement des services d'ambulance Système actuel

Le système d'ambulance actuel au Nouveau-Brunswick doit être amélioré pour la prestation de soins préhospitaliers uniformes aux patients dans la province. Le ministère a entamé des négociations avec Croix Bleue Medavie en vue d'un contrat basé sur le rendement pour la gestion et l'exploitation courante du nouveau système proposé.

Soins de santé primaires

Une unité désignée pour les soins de santé primaires a été créée au sein de la Division des services de traitement des dépendances et de santé mentale. L'unité offre un soutien continu à l'établissement et à la mise en œuvre provinciale de centres de santé communautaires (CSC), un lieu d'exercice de la profession en collaboration (clinique de santé Gibson) et un réseau de soins de santé primaires. L'unité est également chargée d'offrir un modèle de formation professionnelle pour les fournisseurs de soins de santé primaires (Bâtir un avenir meilleur) et d'établir et de diriger la *stratégie provinciale de gestion et de prévention des maladies chroniques*, la gestion du service provincial de Télé-Soins et l'élaboration d'un cadre provincial de prévention des blessures.

A number of initiatives were undertaken including :

- Organized an invitational Knowledge Exchange Symposium featuring experts from Canada and US on Chronic Disease Management (November 2006)
- Development of a white paper outlining the chronic disease prevention and management strategy
- Consultation sessions with Aboriginal groups and NGOs on the proposed strategy
- Establishment of a provincial Chronic Disease Prevention and Management Advisory Group with key stakeholders throughout the province
- Re-assessment of the Provincial Tele-Care Service including requests for proposals and evaluation of vendors
- Participation in the *Moving Forward* initiative facilitated by River Valley Health and the Minto Community Health Centre as a citizen engagement exercise.

Community Health Centres

There are currently seven established Community Health Centres (CHCs) in New Brunswick: Dalhousie, Caraquet, Lamèque, Minto, Doaktown, Riverside-Albert, Saint John and one collaborative practice, Gibson Health Clinic in Fredericton. CHCs play an integral role in improving access to primary health care in New Brunswick. CHCs provide locations where people can go for everyday health care needs as well as to learn about healthy living and prevention of illness. During the past fiscal year, there has been considerable activity and progress in each of the Community Health Centres towards the establishment of the electronic patient record. Together with the Regional Health Authorities, consistent approaches for cost-effective and efficient information management solutions are being developed.

Community partnership has remained a cornerstone in the operations of Community Health Centres. The citizen groups in all communities that are supported by a CHC assist in facilitating an understanding of the health and wellness issues in their respective communities and in developing solutions that leverage local strengths and resources to create sustainable change.

In the past year, in addition to accommodating unscheduled primary care appointments, the Community Health Centres have provided group services ranging from arthritis self-management classes to diabetic teaching and healthy living initiatives. Although each CHC develops a unique service profile to fit the needs of the community, there is a common "basket of services". Providers in Community Health Centres include physicians, nurse practitioners, nurses, occupational therapists, physiotherapists, social workers, community development workers, respiratory therapists and dietitians as well as addiction and mental health workers. Citizens are able to see the health provider who is best able to address their needs and each health centre sets up operating hours that best fit with the needs of the community.

Plusieurs mesures ont été entreprises, y compris :

- Organisation d'un colloque sur invitation sur l'échange des connaissances auquel ont participé des experts en gestion des maladies chroniques du Canada et des États-Unis (novembre 2006).
- Préparation d'un livre blanc expliquant la stratégie de gestion et de prévention des maladies chroniques.
- Séances de consultation avec des groupes autochtones et des ONG sur la stratégie proposée.
- Établissement d'un groupe consultatif provincial sur la gestion et la prévention des maladies chroniques, avec des intervenants clés de l'ensemble de la province.
- Réévaluation du service provincial Télé-Soins, y compris les demandes de propositions et l'évaluation des fournisseurs.
- Participation à une mesure *Aller de l'avant* dirigée par la Régie Santé de la Vallée et le centre de santé communautaire de Minto comme exercice de participation des citoyens.

Centres de santé communautaires

Le Nouveau-Brunswick compte actuellement sept centres de santé communautaires (CSC) : Dalhousie, Caraquet, Lamèque, Minto, Doaktown, Riverside-Albert, Saint John et un exercice de la profession en collaboration, la clinique médicale Gibson à Fredericton. Les centres de santé communautaires jouent un rôle intégral dans l'amélioration de l'accès aux soins de santé primaires au Nouveau-Brunswick. Les gens peuvent se rendre à ces centres pour leurs besoins de soins de santé quotidiens et se renseigner sur les modes de vie sains et la prévention des maladies. Au cours du dernier exercice financier, chaque centre de santé communautaire a connu une activité et des progrès considérables en vue de l'établissement du dossier électronique du patient. Des méthodes uniformes et des solutions de gestion de l'information efficaces et rentables sont établies en collaboration avec les régions régionales de la santé.

Le partenariat communautaire est demeuré une pierre angulaire des activités des centres de santé communautaires. Les groupes de citoyens de toutes les localités qui sont appuyés par les centres de santé communautaires contribuent à la compréhension des questions de santé et de mieux-être dans leurs localités et l'élaboration de solutions reposant sur les forces et les ressources locales, pour assurer des changements viables.

Au cours de la dernière année, en plus d'accepter des rendez-vous de soins primaires non prévus, les centres de santé communautaires ont offert des services de groupe allant des cours d'autogestion de l'arthrite à l'enseignement aux diabétiques et de modes de vie sains. Même si chaque CSC établit un profil de service unique pour répondre aux besoins de la communauté, un panier commun de services est offert. Plusieurs fournisseurs travaillent au sein des centres de santé communautaires : médecins, infirmières praticiennes, infirmières, ergothérapeutes, physiothérapeutes, travailleurs sociaux, travailleurs de développement communautaire, inhalothérapeutes et diététistes ainsi que travailleurs de la santé mentale et du traitement des dépendances. Les citoyens peuvent voir le fournisseur de soins qui est le plus apte à répondre à leurs besoins et chaque centre de santé fixe leurs heures d'ouverture de façon à mieux répondre aux besoins de la communauté.

Health promotion and disease and injury prevention are integral components of services offered at the CHCs. The best practices of chronic disease prevention and management and client-centered care plans are a foundational principle of the CHCs. As much as possible, services are provided in the community, with all centres including or having access to phlebotomy (blood) and specimen collection services. In total, 52,870 New Brunswickers received care from the seven CHCs and one collaborative practice. The following table provides a breakdown of services provided in each facility.

La promotion de la santé et la prévention des maladies et des blessures sont des éléments intégraux des services offerts aux CSC. Les méthodes exemplaires de la prévention et de la gestion des maladies chroniques et les plans de soins axés sur le client sont un principe de base des CSC. Dans la mesure du possible, les services sont dispensés dans la communauté, tous les centres ayant accès à des services de phlébotomie (sang) et de prélèvement de spécimens. Au total, 52 870 Néo-Brunswickois ont reçu des soins des sept CSC et d'une clinique d'exercice de la profession en collaboration. Le tableau suivant offre une répartition des services dispensés dans chaque établissement.

CHC 2006-07

Region	Facility	Clients Served	Attendance Days	Telephone Contacts	Visits(1)	Total Activity(2)
RHA 1SE	Albert CHC	1,598	1,191	0	14,941	16,132
RHA 2	St. Joseph's CHC	6,181	8,878	1,324	26,907	37,109
RHA 3	Queens North CHC	5,203	4,327	221	22,031	26,579
	Central Miramichi CHC	4,106	1,656	83	31,592	33,331
	Gibson Clinic	5,125	0	0	36,250	36,250
RHA 5	St. Joseph CHC	9,376	0	0	39,163	39,163
RHA 6	CSC de Lamèque	6,814	3,801	551	43,516	47,868
	CSC de l'Enfant-Jésus RHSJ†	14,467	6,317	339	60,480	67,136
Totals		52,870	26,170	2,518	274,880	303,568

Notes:

(1) **Visits** include visits to Nurses, Nurse Practitioner and Physician

(2) **Total Activity** includes **Attendance Days, Telephone Contacts and Visits**

CSC 2006-2007

Région	Établissement	Clients desservis	Jours de présence	Contacts par téléphone	Visites (1)	Activité (2) totale
RRS 1SE	CSC d'Albert	1 598	1 191	0	14 941	16 132
RRS 2	CSC de St. Joseph's	6 181	8 878	1 324	26 907	37 109
RRS 3	CSC de Queens Nord	5 203	4 327	221	22 031	26 579
	CSC de Miramichi centre	4 106	1 656	83	31 592	33 331
	Clinique Gibson	5 125	0	0	36 250	36 250
RRS 5	CSC St. Joseph	9 376	0	0	39 163	39 163
RRS 6	CSC de Lamèque	6 814	3 801	551	43 516	47 868
	CSC de l'Enfant-Jésus RHSJ†	14 467	6 317	339	60 480	67 136
Total		52 870	26 170	2 518	274 880	303 568

Notes

(1) **Visites** comprennent les visites aux infirmières, à l'infirmière praticienne et au médecin

(2) **Activité totale** comprend les **jours de présence, les contacts par téléphone et les visites**

Tele-Care and Health-Related Information Lines

Tele-Care addresses the need to explore alternative delivery models to improve accessibility to appropriate services and to promote self-care. The actual service provider, Clinidata Inc., employs nurses who are experienced in acute, emergency and/or ambulatory care settings to serve callers to the service. Tele-Care nurses use standardized clinical guidelines, accessible through computer software, to rapidly identify callers' needs, triage symptoms, and to provide health advice, information, and referral if necessary.

A Tele-Care Advisory Committee with representation from each of New Brunswick's eight Regional Health Authorities meets regularly, monitors the impact of Tele-Care and provides advice to the department. Furthermore, a Tele-Care Data Quality Committee with representation from the Department of Health (Tele-Care program manager, Information Services, Accountability and Health Information Management) and Clinidata, ensures the maintenance of high quality data for the Tele-Care services.

Tele-Care and Health-Related Information Lines began in January 1995 as a two-year pilot project in Region 1. In February 1997, the program went province-wide under the day-to-day management of Clinidata Corp. in Moncton. Tele-Care, including symptom triage and the Poison Information Line, has been available in both languages, toll-free, province-wide, 24 hours a day, seven days a week, since February 1997. Tele-Care added a Rabies Information Line in September 1998, West Nile Virus Information line in May 2001 and the Tele-Library audiotape service in April 2003. The Gambling Information Line was transferred from Regional Addiction Services in April 2003. In May 2004, the Organ and Tissue Donor Screening Line for health care professionals was launched. In December 2005, the Sexually Transmitted Infections Information Line was added. In July 2006, an Avian Influenza component was added to the West Nile Virus/Avian Influenza Information. There were a total of 101,749 serviced calls processed between April 1, 2006 and March 31, 2007.

Hospital Services

The Hospital Services Branch is responsible for ensuring the availability of appropriate, quality hospital services for the residents of New Brunswick. This includes responsibility for:

- the Hospital System Master Plan
- approval of new or enhanced hospital services
- development and maintenance of hospital program standards funding and monitoring of the operational needs of the eight Regional Health Authorities.

Télé-Soins et lignes d'information liées à la santé

Télé-Soins répond au besoin d'explorer d'autres modèles de prestation pour accroître l'accessibilité des services appropriés afin de promouvoir les soins auto-administrés. Le fournisseur de services, Clinidata Inc., compte à son service des infirmières qui possèdent de l'expérience dans des milieux de soins ambulatoires, actifs et d'urgence pour répondre aux appelants. Les infirmières de Télé-Soins utilisent des lignes directrices cliniques normalisées, accessibles à l'aide d'un logiciel informatique, pour déterminer rapidement les besoins de l'appelant, et les symptômes de triage et pour fournir des conseils, de l'information en matière de santé et diriger l'appelant vers un autre service au besoin.

Un comité consultatif de Télé-Soins composé de représentants de chacune des huit régions régionales de la santé du Nouveau-Brunswick se réunit régulièrement, vérifie l'impact de Télé-Soins et offre des conseils au ministère. De plus, un comité sur la qualité des données de Télé-Soins comptant des représentants du ministère de la Santé (gestionnaire du programme de Télé-Soins, services d'information, Responsabilisation et gestion de l'information sur la santé) et de Clinidata, assure la tenue de données de haute qualité pour les services de Télé-Soins.

Les lignes de Télé-Soins et les lignes d'information liées à la santé sont entrées en service en janvier 1995 à titre de projet pilote de deux ans dans la région 1. En février 1997, le programme a été étendu à l'ensemble de la province sous la gestion quotidienne de Clinidata Corp. à Moncton. Les services de Télé-Soins, y compris le triage des symptômes et la ligne d'information antipoison, sont disponibles dans les deux langues officielles, sans frais, dans toute la province, vingt-quatre heures sur vingt-quatre, sept jours sur sept, depuis février 1997. Une ligne d'information sur la rage en septembre 1998, et une ligne d'information sur le virus du Nil occidental ont été ajoutées à Télé-Soins en mai 2001. Le service de ruban audio télé-bibliothèque a été ajouté en avril 2003. La ligne d'information sur le jeu a été transférée des Services de traitement des dépendances régionaux en avril 2003. En mai 2004, la ligne de dépistage des donneurs d'organes et de tissus pour les professionnels des soins de santé a été lancée. En décembre 2005, la ligne d'information sur les infections transmises sexuellement a été ajoutée. En juillet 2006, un volet de la grippe aviaire a été ajouté à la ligne d'information sur le virus du Nil occidental. C'est maintenant la ligne d'information sur le virus du Nil occidental ou la grippe aviaire. Au total, 101 749 appels de service ont été traités entre le 1^{er} avril 2006 et le 31 mars 2007.

Services hospitaliers

La Direction des services hospitaliers est chargée de veiller à ce que la population néo-brunswickoise ait accès à des services hospitaliers adéquats et de qualité. Ses responsabilités comprennent :

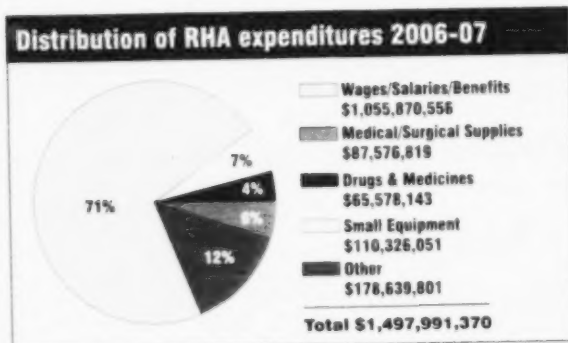
- le Plan directeur du système hospitalier;
- l'approbation des services hospitaliers nouveaux ou améliorés;
- l'élaboration et la mise à jour des normes relatives aux programmes hospitaliers, et le financement et la surveillance des besoins opérationnels des huit régions régionales de la santé.

Acute or hospital care is comprised of primary, secondary and tertiary care services delivered by the eight Regional Health Authorities. Services are delivered in 51 facilities throughout the province. Hospital services generally include the following patient services which will vary according to the size of the facility and mandate: acute in-patient services, surgery, restorative/extended care services, outpatient ambulatory care, emergency services, laboratory medicine, diagnostic imaging and other diagnostic and therapeutic services. The Hospital Facilities – Assorted Data Table reports on key elements of hospital utilization, notably the use of in-patient, surgical and ambulatory services in the province.

Hospital Services are delivered in collaboration with other health care services within the region and inter-regionally, and function as an integral component of health care.

Started in 2005-06, the Patient Safety and Clinical Collaboration Committee continued its work in the area of patient safety by overseeing the development of a provincial framework and action plan. In the area of clinical services, the committee was asked to oversee the development of a provincial trauma system and an independent expert was hired to propose a design for an integrated trauma system for New Brunswick.

Total hospital related expenditures incurred by Regional Health Authorities for 2006-07 were almost \$1.5 billion. The following table depicts the overall distribution of expenditures relative to compensation, medical and surgical supplies, drugs, small equipment and other.



Cardiac Care Program

During 2006-07, the provincial Cardiac Services Advisory Committee continued to fulfil its role, reviewing and advising on issues related to program development, quality improvement, access and efficiency of service delivery. The third catheterization Lab became fully operational in Saint John, which resulted in achieving better than targeted wait times for New Brunswickers to access this service. A comprehensive review of cardiac rehabilitation in New Brunswick was completed with recommendations for enhancement to this service in our province. A review of the echocardiography services and equipment in New Brunswick was also completed.

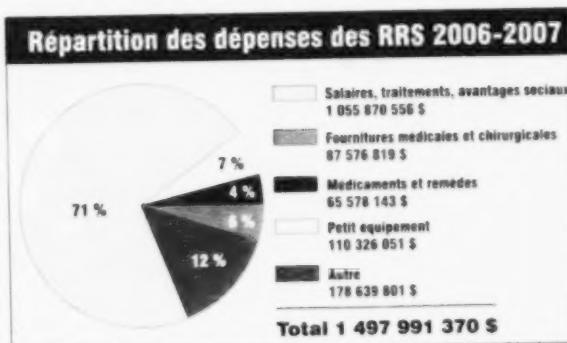
A process commenced for the establishment of a cardiac catheterization laboratory in Moncton at the

Les soins actifs ou hospitaliers englobent les services de soins primaires, secondaires et tertiaires dispensés par les huit régions régionales de la santé. Les services sont offerts par 51 établissements dans la province. Les services hospitaliers comprennent habituellement les services de soins aux patients suivants, qui peuvent varier selon la taille de l'établissement et son mandat : soins actifs aux hospitalisés, services de chirurgie, services de soins de rétablissement ou de soins prolongés, soins ambulatoires, services d'urgence, médecine de laboratoire, imagerie diagnostique ainsi que d'autres services diagnostiques ou thérapeutiques. Le tableau « Données variées des établissements hospitaliers » présente les éléments clés de l'utilisation des ressources hospitalières, notamment l'utilisation des services aux hospitalisés ainsi que les services chirurgicaux et ambulatoires dans la province.

Les services hospitaliers sont offerts en collaboration avec d'autres services de soins de santé dans la région et entre les régions, et font partie intégrante des soins de santé.

Le Comité de collaboration sur la sécurité des patients et les soins cliniques a poursuivi ses travaux relatifs à la sécurité des patients entrepris en 2005-2006 en supervisant l'élaboration d'un cadre provincial et d'un plan d'action. Dans le domaine des services cliniques, le comité a été invité à coordonner l'établissement d'un réseau provincial de traumatologie. Un expert indépendant a été embauché et chargé de proposer un modèle d'un système intégré pour le Nouveau-Brunswick.

Les dépenses totales des soins hospitaliers engagées par les régions régionales de la santé en 2006-2007 se sont chiffrées à près de 1,5 milliard de dollars. Le tableau suivant présente la répartition globale des dépenses relatives à la rémunération, aux fournitures médicales et chirurgicales, aux médicaments, aux petits équipements, etc.



Programme de soins cardiaques

En 2006-2007, le Comité consultatif provincial sur les services cardiaques a continué d'exercer son rôle, examinant les enjeux relatifs à l'élaboration des programmes, à l'amélioration de la qualité, à l'accès et à l'efficacité de la prestation des services. Le troisième laboratoire de cathétérisme cardiaque est entièrement opérationnel à Saint John, ce qui permet de réduire pour les Néo-Brunswickois les périodes d'attentes pour accéder au service. Un examen général de la réadaptation cardiaque au Nouveau-Brunswick a été effectué, et des recommandations ont été formulées sur l'amélioration du service dans la province. Une étude des services d'échocardiographie et de l'équipement au Nouveau-Brunswick a aussi été effectuée.

Un processus visant à établir un laboratoire de cathétérisme cardiaque à l'hôpital régional D'Georges-L.-Dumont de

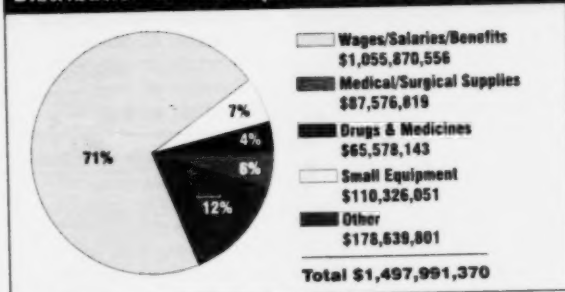
Acute or hospital care is comprised of primary, secondary and tertiary care services delivered by the eight Regional Health Authorities. Services are delivered in 51 facilities throughout the province. Hospital services generally include the following patient services which will vary according to the size of the facility and mandate: acute in-patient services, surgery, restorative/extended care services, outpatient ambulatory care, emergency services, laboratory medicine, diagnostic imaging and other diagnostic and therapeutic services. The Hospital Facilities – Assorted Data Table reports on key elements of hospital utilization, notably the use of in-patient, surgical and ambulatory services in the province.

Hospital Services are delivered in collaboration with other health care services within the region and inter-regionally, and function as an integral component of health care.

Started in 2005-06, the Patient Safety and Clinical Collaboration Committee continued its work in the area of patient safety by overseeing the development of a provincial framework and action plan. In the area of clinical services, the committee was asked to oversee the development of a provincial trauma system and an independent expert was hired to propose a design for an integrated trauma system for New Brunswick.

Total hospital related expenditures incurred by Regional Health Authorities for 2006-07 were almost \$1.5 billion. The following table depicts the overall distribution of expenditures relative to compensation, medical and surgical supplies, drugs, small equipment and other.

Distribution of RHA expenditures 2006-07



Cardiac Care Program

During 2006-07, the provincial Cardiac Services Advisory Committee continued to fulfil its role, reviewing and advising on issues related to program development, quality improvement, access and efficiency of service delivery. The third catheterization Lab became fully operational in Saint John, which resulted in achieving better than targeted wait times for New Brunswickers to access this service. A comprehensive review of cardiac rehabilitation in New Brunswick was completed with recommendations for enhancement to this service in our province. A review of the echocardiography services and equipment in New Brunswick was also completed.

A process commenced for the establishment of a cardiac catheterization laboratory in Moncton at the

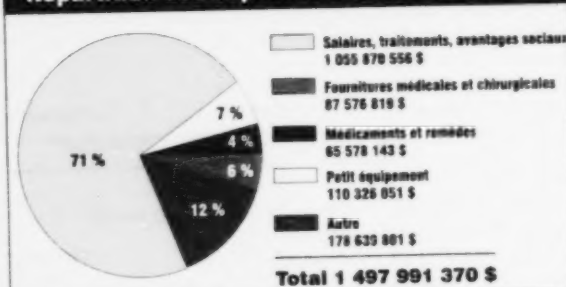
Les soins actifs ou hospitaliers englobent les services de soins primaires, secondaires et tertiaires dispensés par les huit régions régionales de la santé. Les services sont offerts par 51 établissements dans la province. Les services hospitaliers comprennent habituellement les services de soins aux patients suivants, qui peuvent varier selon la taille de l'établissement et son mandat : soins actifs aux hospitalisés, services de chirurgie, services de soins de rétablissement ou de soins prolongés, soins ambulatoires, services d'urgence, médecine de laboratoire, imagerie diagnostique ainsi que d'autres services diagnostiques ou thérapeutiques. Le tableau « Données variées des établissements hospitaliers » présente les éléments clés de l'utilisation des ressources hospitalières, notamment l'utilisation des services aux hospitalisés ainsi que les services chirurgicaux et ambulatoires dans la province.

Les services hospitaliers sont offerts en collaboration avec d'autres services de soins de santé dans la région et entre les régions, et font partie intégrante des soins de santé.

Le Comité de collaboration sur la sécurité des patients et les soins cliniques a poursuivi ses travaux relatifs à la sécurité des patients entrepris en 2005-2006 en supervisant l'élaboration d'un cadre provincial et d'un plan d'action. Dans le domaine des services cliniques, le comité a été invité à coordonner l'établissement d'un réseau provincial de traumatologie. Un expert indépendant a été embauché et chargé de proposer un modèle d'un système intégré pour le Nouveau-Brunswick.

Les dépenses totales des soins hospitaliers engagées par les régions régionales de la santé en 2006-2007 se sont chiffrées à près de 1,5 milliard de dollars. Le tableau suivant présente la répartition globale des dépenses relatives à la rémunération, aux fournitures médicales et chirurgicales, aux médicaments, aux petits équipements, etc.

Répartition des dépenses des RRS 2006-2007



Programme de soins cardiaques

En 2006-2007, le Comité consultatif provincial sur les services cardiaques a continué d'exercer son rôle, examinant les enjeux relatifs à l'élaboration des programmes, à l'amélioration de la qualité, à l'accès et à l'efficacité de la prestation des services. Le troisième laboratoire de cathétérisme cardiaque est entièrement opérationnel à Saint John, ce qui permet de réduire pour les Néo-Brunswickois les périodes d'attentes pour accéder au service. Un examen général de la réadaptation cardiaque au Nouveau-Brunswick a été effectué, et des recommandations ont été formulées sur l'amélioration du service dans la province. Une étude des services d'échocardiographie et de l'équipement au Nouveau-Brunswick a aussi été effectuée.

Un processus visant à établir un laboratoire de cathétérisme cardiaque à l'hôpital régional D'Georges-L.-Dumont de

Hospital Facilities - assorted data

Hospital Facilities	2004-05	2005-06	Preliminary Data 2006-07
Staffing			
Staff (FTEs) - Includes Acute Hospitals, Tertiary Rehab and Hospital Satellite Locations	14,103	14,357	14,633
Hospital In-patient Separations			
Separations ⁷	95,816	94,887	93,114
Number of Separations/1,000 Population⁸	131.3	130.1	123.8
Total Length of Stay	839,618	799,321	816,036
Average Number of Days per Hospital Stay	8.8	8.4	8.8
Number of In-Hospital Deaths	3,658	3,643	3,810
Surgical Episodes			
Surgical Episodes ¹ - In-patients	27,573	28,318	27,073
Surgical Episodes ¹ - Day surgery	42,113	43,957	42,804
Total Surgical Episodes	69,686	72,275	69,877
Percent of Surgical Episodes - In-patient	39.6%	39.2%	38.7%
Percent of Surgical Episodes - Day surgery	60.4%	60.8%	61.3%
Obstetrics			
Number of Deliveries	6,907	6,878	6,965
Number of Deliveries/1,000 Population⁸	9.5	9.4	9.3
Bed Occupancy			
Maximum Number of Beds in Operation ^{2,3}		2,606	2,606
Actual Beds in Operation on April 1st Reported by RHAs ^{2,3}	2,877	2,576	2,549
Average Daily Census ^{2,3}	2,214	2,182	2,254
Average Occupancy per Day ^{2,3}	77.0%	84.7%	88.8%
Average Number of Beds Occupied per Day/1,000 Population⁸	3.0	3.0	3.0
Emergency Room Visits			
Emergency Room Visits ⁴	724,241	668,666	653,802
Number of ER Visits/1,000 Population⁸	992.8	889.2	869.4
Ambulatory Visits			
Outpatients Clinic Visits	685,183	661,969	649,823
Dialysis Visits	65,159	70,250	75,762
Oncology Clinic Visits	45,716	51,082	47,844
Number of Ambulatory Clinic Visits/1,000 Population⁸	939.3	907.4	864.1
Diagnostic Tests			
Laboratory Procedures (number of tests performed) ⁵	15,368,213	16,589,008	14,191,624
Laboratory Procedures - In-patient	3,352,115	3,538,419	2,869,903
Laboratory Procedures - Outpatient	12,016,098	13,050,589	11,320,721
Percent of Laboratory Procedures - In-patient	22%	21%	20%
Percent of Laboratory Procedures - Outpatient	78%	79%	80%
Diagnostic Imaging - Total Exams/Procedures ⁶	1,109,219	1,180,981	1,035,079
CT (computerized tomography) Scan Exams	103,274	120,377	114,853
MRI (magnetic resonance imaging) Exams	24,663	28,096	21,694
Cardiac Catheterization Exams	3,466	3,422	3,773

1. Surgical Episodes - all surgical episodes performed in the main operating room plus c/sections.

2. Includes acute, rehab and chronic beds. Excludes bassinets, VAC, addictions and psychiatric facilities (Centracare, Restigouche Hospital Centre) and in-patients located in ER.

3. Includes two palliative beds at Queens North Health Complex that are operated by the W G Bishop Nursing Home on behalf of RHA 3.

4. Emergency Room visits excludes scheduled clinic visits conducted in ER.

5. Laboratory Procedures includes those exams referred-in to the RHA from other sources but excludes those procedures that are referred-out to an external source.

6. Diagnostic Imaging exams excludes exams performed in RHA 2 Cardiac Catheterization Lab.

7. Separations - includes acute, chronic, general and tertiary rehab care.

8. Population - 2006 Estimates prepared by Health Human Resource Planning and Medicare Services Mar 29, 2006.

Source: Preliminary DAD and MIS data as of Aug 28/06

Établissements hospitaliers – Données variées

Établissements hospitaliers	2004-2005	2005-2006	Données préliminaires 2006-2007
Dotation en personnel			
Personnel (ETP) – Comprend hôpitaux de soins actifs, réadaptation tertiaire et hôpitaux satellites	14 103	14 357	14 633
Congés de l'hôpital des patients hospitalisés			
Congés de l'hôpital ⁷	95 816	94 887	93 114
Nombre de congés pour 1 000 personnes⁸	131,3	130,1	123,8
Durée totale du séjour à l'hôpital	839 618	799 321	816 036
Nombre moyen de jours par séjour à l'hôpital	8,8	8,4	8,8
Nombre de décès à l'hôpital	3 658	3 643	3 810
Interventions chirurgicales			
Interventions chirurgicales ¹ - Patients hospitalisés	27 573	28 318	27 073
Interventions chirurgicales ¹ - Chirurgie d'un jour	42 113	43 957	42 804
Nombre total d'interventions chirurgicales	69 686	72 275	69 877
Pourcentage d'interventions chirurgicales – Patients hospitalisés	39,6 %	39,2 %	38,7 %
Pourcentage d'interventions chirurgicales – Chirurgie d'un jour	60,4 %	60,8 %	61,3 %
Obstétrique			
Nombre d'accouchements	6 907	6 878	6 965
Nombre d'accouchements pour 1 000 personnes⁸	9,5	9,4	9,3
Occupation des lits			
Nombre maximal de lits disponible ^{2,3}		2 606	2 606
Nombre de lits utilisés le 1 ^{er} avril selon les RRS ^{2,3}	2 877	2 576	2 549
Recensement quotidien moyen ^{2,3}	2 214	2 182	2 264
Occupation moyenne par jour ^{2,3}	77 %	84,7 %	88,8 %
Nombre moyen de lits occupés par jour pour 1 000 personnes⁸	3	3	3
Nombre de visites en salle d'urgence			
Nombre de visites en salle d'urgence ⁴	724 241	668 666	653 802
Nombre de visites en salle d'urgence pour 1 000 personnes⁸	992,8	889,2	869,4
Nombre de visites en soins ambulatoires			
Nombre de visites à la clinique externe	685 183	661 969	649 823
Nombre de visites au service de dialyse	65 159	70 250	75 762
Nombre de visites à la clinique d'oncologie	45 716	51 082	47 844
Nombre de visites en soins ambulatoires pour 1 000 personnes⁸	939,3	907,4	864,1
Tests de diagnostic			
Procédures en laboratoire (nombre de tests effectués) ⁵	15 368 213	16 589 008	14 191 624
Procédures en laboratoire – Patients hospitalisés	3 352 115	3 538 419	2 869 903
Procédures en laboratoire – Patients externes	12 016 098	13 050 589	11 320 721
Pourcentage de procédures en laboratoire – Patients hospitalisés	22 %	21 %	20 %
Pourcentage de procédures en laboratoire – Patients externes	78 %	79 %	80 %
Imagerie diagnostique – Total des examens ou procédures ⁶	1 109 219	1 180 981	1 035 079
Examens par tomodensitogramme (tomographie par ordinateur)	103 274	120 377	114 853
Examens par IRM (imagerie par résonance magnétique)	24 663	28 096	21 694
Examens par cathétérisme cardiaque	3 466	3 422	3 773

1. Interventions chirurgicales effectuées dans le bloc opératoire principal, y compris les césariennes.
2. Comprend lits pour soins actifs, réadaptation et malades chroniques. Exclut les berceaux, ACC, établissements psychiatriques et centres de traitement des dépendances (Centracare, Centre hospitalier Restigouche) et patients hospitalisés en salle d'urgence.
3. Comprend deux lits pour soins palliatifs au Complexe Queens North Health utilisés par le foyer de soins W. G. Bishop au nom de la RRS 3.
4. Les visites en salle d'urgence excluent les visites prévues aux cliniques tenues en salle d'urgence.
5. Les procédures de laboratoire incluent les examens aiguillés vers la régie régionale de la santé par d'autres sources, mais excluent les procédures aiguillées vers une source externe.
6. Les examens par imagerie diagnostique ne comprennent pas les examens effectués par le laboratoire de cathétérisme cardiaque de la Régie régionale de la santé 2.
7. Congés de l'hôpital – comprend les soins de réadaptation immédiats, chroniques, généraux et tertiaires.
8. Population – Estimations de 2006 préparées par Planification des effectifs en santé et services de l'Assurance-maladie, le 29 mars 2006.

Source : Données préliminaires de la BDCP et du SIG en date du 28 août 2006.

10 Most Frequent Diagnosis for Admissions

Fiscal Year 2006/07	Top 10 Most Responsible Diagnoses - Inpatients	Total Cases	Total Hospital Days	Average Length of Stay
1	Chronic Obstructive Pulmonary Disease	3,325	31,217	9.4
2	Other medical care - (ie. Palliative Care)	2,360	30,942	13.1
3	Chest Pain	2,220	5,915	2.7
4	Chronic Ischemic Heart Disease	2,003	9,928	5.0
5	Pneumonia	1,893	14,021	7.4
6	Heart Failure	1,821	19,982	11.0
7	Acute Myocardial Infarction	1,690	9,908	5.9
8	Perineal laceration during delivery	1,645	3,927	2.4
9	Angina Pectoris	1,643	8,449	5.1
10	Care involving use of rehabilitation procedures	1,504	60,988	40.6
		20,104		
Percentage of Total Separations		21%		

Dix diagnostics les plus fréquents entraînant une admission

Année financière 2006-2007	Dix principaux diagnostics entraînant l'hospitalisation d'un patient	N ^{bre} total de cas	Nombre total de jours d'hospitalisation	Durée moyenne du séjour
1	Bronchopneumopathie chronique obstructive	3 325	31 217	9,4
2	Autres soins médicaux (p. ex. soins palliatifs)	2 360	30 942	13,1
3	Douleur thoracique	2 220	5 915	2,7
4	Cardiopathie ischémique chronique	2 003	9 928	5
5	Pneumonie	1 893	14 021	7,4
6	Insuffisance cardiaque	1 821	19 982	11
7	Infarctus aigu du myocarde	1 690	9 908	5,9
8	Lacération du périnée durant l'accouchement	1 645	3 927	2,4
9	Angine de poitrine	1 643	8 449	5,1
10	Soins nécessitant des processus de réadaptation	1 504	60 988	40,6
		20 104		
Pourcentage du total de congés de l'hôpital		21 %		

10 Most Frequent Surgeries for Admitted Patients

Fiscal Year 2006/07	Top 10 Surgical Episodes - Inpatients	Total Cases
1	C sections	1,968
2	Hysterectomy	1,280
3	Cholecystectomy	1,259
4	Implant prosthesis - knee	994
5	Implant prosthesis - hip	971
6	Tonsillectomy	782
7	Repair, hernia	734
8	Prostatectomy	679
9	Appendectomy	644
10	Electro-convulsive therapy	523
		9,834
Percentage of Total Surgical Episodes - In-patients		35%

Dix chirurgies les plus fréquentes pour les patients admis

Année financière 2006-2007	Dix principales interventions chirurgicales - Patients hospitalisés	N ^{bre} total de cas
1	Césarienne	1 968
2	Hystérectomie	1 280
3	Cholécystectomie	1 259
4	Implant d'une prothèse - genou	994
5	Implant d'une prothèse - hanche	971
6	Amygdalectomie	782
7	Réparation d'une hernie	734
8	Prostatectomie	679
9	Appendicectomie	644
10	Électrochoc	523
		9 834
Pourcentage du nombre total d'interventions chirurgicales - Patients hospitalisés		35 %

10 Most Frequent Surgeries in Day Surgery

Fiscal Year 2006/07	Top 10 Surgical Episodes - Inpatients	Total Cases
1	Cataract extraction	7,228
2	Cystoscopy	4,068
3	Repair, hernia	1,894
4	Insertion tubes - tympanic membrane	1,180
5	Repair, knee	1,152
6	Release - carpal tunnel	950
7	Cholecystectomy	891
8	Dilation - urethra	839
9	Partial excision - breast	836
10	Partial excision - meniscus (knee)	790
		19,828
Percentage of Total Surgical Episodes - Day surgery		45%

Dix chirurgies les plus fréquentes - Chirurgie d'un jour

Année financière 2006-2007	Dix principales interventions chirurgicales - Chirurgie d'un jour	N ^{bre} total de cas
1	Extraction de cataracte	7 228
2	Cystoscopie	4 068
3	Réparation d'une hernie	1 894
4	Insertion de tubes - membrane tympanique	1 180
5	Arthroplastie - genou	1 152
6	Libération - canal carpien	950
7	Cholécystectomie	891
8	Dilatation de l'urètre	839
9	Excision partielle d'un sein	836
10	Excision partielle du ménisque (genou)	790
		19 828
Pourcentage du nombre total d'interventions chirurgicales - Chirurgie d'un jour		45 %

Dr-Georges-L.-Dumont Regional Hospital The advisory committee will carefully monitor the wait times for and utilization of cardiac catheterization in New Brunswick, with a view to installing the fourth catheterization lab within the next few years. The new lab would operate as a satellite of the New Brunswick Heart Centre in Saint John and would be jointly managed by the Beauséjour and South-East Regional Health Authorities.

Mobile Lithotripsy Services

Lithotripsy is an effective non-surgical procedure to disintegrate renal calculi (kidney stones). It may be used as a preventive measure as well as an urgent intervention. Providing timely intervention with lithotripsy when renal calculi are first diagnosed can prevent visits to the emergency room and more invasive and costly surgical procedures.

A mobile lithotripsy service has operated in New Brunswick since 1994, provided by a third party supplier. Initially, the service was provided in Regions 1, 2, 3 and 6. Over the following 10 years, there were increased services in each of those regions as demand increased. More recently, through the Request for Proposal process, the cost per service from the supplier has decreased. At the same time, with recruitment of additional lithotripsy-trained urologists to the province, demand has been increasing. With the contract renewal in 2006, and using savings realized through the tendering process, service increases were approved for Regions 2 and 3, which had the longest wait times. The service was also expanded to include the three regions which did not previously receive onsite lithotripsy (regions 4, 5 and 7).

Dialysis Services

The addition of satellite dialysis units continued in 2006-07 with the opening of the satellite dialysis unit in Tracadie-Sheila opened in August 2006 and the Dalhousie satellite unit in January 2007. Planning also began to increase the capacity at the Miramichi satellite unit.

Provincial Phenylketonuria (PKU) Case Management Service

In 2005-06, a new provincial Phenylketonuria (PKU) Case Management Service Team was established at the Dr. Georges-L.-Dumont Regional Hospital in Moncton.

PKU is an inborn error of metabolism which prevents the appropriate metabolism of a specific amino acid, one of protein's building blocks, and leads to severe neurological disorders such as delayed brain development. A strict diet from birth will prevent irreversible brain damage. Up to the fall of 2005, New Brunswick residents who had this condition were followed by a team in Nova Scotia.

The multidisciplinary team at the Dumont Hospital provides comprehensive and consistent provincewide, day-to-day treatment to all PKU clients. Besides providing services out of Dumont Hospital and at regional outreach clinics, this on-going care involves telephone counseling and home visitation as necessary.

Moncton a été entamé. Le comité consultatif surveillera attentivement les délais d'attente pour le service et l'utilisation du cathétérisme cardiaque au Nouveau-Brunswick, dans le but d'établir un quatrième laboratoire au cours des prochaines années. Le nouveau laboratoire serait un satellite du Centre cardiaque du Nouveau-Brunswick, à Saint John. Il serait géré conjointement par les régions régionales de la santé Sud-Est et Beauséjour.

Services mobiles de lithotritie

La lithotritie est une intervention non-chirurgicale efficace qui consiste à désintégrer les calculs rénaux (pierres). Elle peut être utilisée comme mesure préventive ou intervention d'urgence. Lorsque l'intervention est effectuée à temps au moment du premier diagnostic de calculs rénaux, le patient peut éviter de visiter la salle d'urgence et des interventions chirurgicales plus coûteuses et plus invasives.

Un service mobile de lithotritie est offert par une tierce partie au Nouveau-Brunswick depuis 1994. Au début, le service a été offert dans les régions 1, 2, 3 et 6. Au cours des dix dernières années, il a été élargi dans chacune de ces régions au fur et à mesure de l'accroissement de la demande. Récemment, dans le cadre d'une demande de propositions, le coût par service du fournisseur a diminué. De même, le recrutement d'autres urologues formés en lithotritie dans la province a fait augmenter la demande. À la suite du renouvellement du contrat en 2006 et à l'aide des économies réalisées au cours du processus d'appel d'offres, des services accrus ont été approuvés pour les régions 2 et 3 où le délai d'attente était le plus long. Le service a aussi été élargi pour inclure les trois régions qui n'offraient pas le service, c'est-à-dire les régions 4, 5 et 7.

Services de dialyse

D'autres services satellites ont été installés en 2006-2007. Celui de Tracadie-Sheila a ouvert en août 2006 et celui de Dalhousie, en janvier 2007. La planification en vue d'accroître la capacité du service satellite de dialyse de Miramichi a été amorcée.

Service provincial de gestion de la phénylcétonurie (PCU)

En 2005-2006, un nouveau service provincial de gestion de la phénylcétonurie (PCU) a été mis sur pied à l'hôpital régional Dr Georges-L.-Dumont, à Moncton.

La PCU est une erreur innée du métabolisme qui empêche la métabolisation appropriée d'un acide aminé précis, un des éléments constitutifs de la protéine, entraînant des troubles neurologiques graves, comme un retard de développement du cerveau. Un régime alimentaire strict dès la naissance préviendra des dommages irréversibles au cerveau. Jusqu'à l'automne 2005, les résidents du Nouveau-Brunswick touchés par cette condition étaient suivis par une équipe en Nouvelle-Écosse.

L'équipe multidisciplinaire de l'hôpital Dumont offre un traitement quotidien complet et continu, à l'échelle provinciale, à tous les patients atteints de la PCU à l'hôpital et dans les cliniques régionales. Ces soins continus comprennent les visites à domicile et le counseling par téléphone au besoin.

The multidisciplinary team consists of two pediatricians, a family physician, an endocrinologist, a gynecologist, a dietitian, a nurse, a psychologist, a social worker, a program coordinator and administrative support staff.

Since inception, the team developed guidelines for service deliverers and the public, treatment protocols for the team and information handouts for clients. An electronic health record for team members was established for each client who accepted treatment and an electronic data collection system was instituted to facilitate ongoing monitoring and reporting. Media coverage was used to inform the public and attempt to reach individuals with PKU who were unknown to the program. As a result, three older individuals with PKU who had never been treated were identified and are now receiving on-going services. A 1-800-line was made available to clients and health care professionals to facilitate open communication and telephone counseling.

A client satisfaction survey in January 2007 revealed that 95 per cent of respondents were either quite or very satisfied with the services received from the new PKU Team.

A first yearly picnic was organized by the PKU Team and held in September 2006 in Moncton. More than 40 individuals, including clients and family participated, exchanged recipes and established contacts.

Eighty-five New Brunswick residents have been diagnosed with PKU. A number of older adults were previously untreated or late-treated, and others have abandoned treatment.

In 2007-08, the PKU Team will continue its effort to identify previously untreated or late-treated individuals with PKU and offer treatment and encourage those who have abandoned treatment to return to treatment.

Surgical Access Management

The surgical access management is well under way in the province. The principles of surgical access management are fairness, appropriateness and certainty to ensure New Brunswickers have timely access to surgical services.

Structure of the New Brunswick Surgical Care Network

The structure put in place to lead this initiative is called the New Brunswick Surgical Care Network (NBSCN). Three main committees have been meeting on a regular basis since December 2005.

The NBSCN Advisory Committee oversees the activities of the surgical access management initiative and reports directly to the Deputy Minister of Health. The advisory committee is chaired by a member of the public and draws its membership from the eight Regional Health Authorities, the College of Physicians and Surgeons, the New Brunswick Medical Society, the Nurses Association of New Brunswick and the

L'équipe multidisciplinaire se compose de deux pédiatres, d'un médecin de famille, d'un endocrinologue, d'un gynécologue, d'une diététiste, d'une infirmière, d'un psychologue, d'un travailleur social, d'un coordonnateur du programme et du personnel de soutien administratif.

Depuis la mise sur pied du service, l'équipe a élaboré des directives à l'intention des fournisseurs de services et du public, des protocoles de traitement pour l'équipe et de la documentation à remettre aux clients. Un dossier de santé électronique pour les membres de l'équipe a été établi pour chaque client qui accepte le traitement, et un système de collecte de données électronique a été créé pour faciliter le suivi continu et la présentation de l'information. On a fait appel aux médias afin d'aviser le public et de tenter de joindre les personnes atteintes de la PCU qui n'étaient pas inscrites au programme. Ainsi, trois personnes plus âgées atteintes de la PCU qui n'avaient jamais été traitées ont été identifiées. Elles reçoivent maintenant des services continus. Une ligne 1 800 a été mise à la disposition des clients et des professionnels des soins de santé pour faciliter une communication ouverte et le counseling par téléphone.

Un sondage sur la satisfaction des clients effectué en janvier 2007 a révélé que 95 pour cent des répondants étaient bien satisfaits ou très satisfaits des services dispensés par l'équipe multidisciplinaire.

Un premier pique-nique annuel a été organisé par l'équipe en septembre 2006, à Moncton. Plus de 40 personnes, dont des clients et des membres de leur famille, ont participé, ont échangé des recettes et ont établi des contacts.

Quatre-vingt-cinq résidents du Nouveau-Brunswick ont reçu le diagnostic de la PCU. Des adultes plus âgés n'étaient pas traités auparavant ou ont été traités tardivement et d'autres ont abandonné le traitement.

En 2007-2008, l'équipe poursuivra ses efforts afin d'identifier les personnes non traitées auparavant ou traitées tardivement afin d'offrir le traitement et d'encourager celles qui ont abandonné le traitement à le reprendre.

Gestion de l'accès aux services de chirurgie

La gestion de l'accès aux services de chirurgie est bien en cours dans la province. Elle est fondée sur les principes de l'équité, de la pertinence et de la certitude, et vise à assurer à la population du Nouveau-Brunswick l'accès opportun à des services de chirurgie.

Structure du Réseau d'accès aux soins chirurgicaux du Nouveau-Brunswick

Le Réseau d'accès aux soins chirurgicaux du Nouveau-Brunswick (RASCNB) a été mis en place pour diriger cette initiative. Trois principaux comités se réunissent régulièrement depuis décembre 2005.

Le Comité consultatif du Réseau des soins chirurgicaux du Nouveau-Brunswick supervise les activités dans le cadre de l'initiative de gestion de l'accès aux services de chirurgie et rend des comptes à la sous-ministre de la Santé. Il est présidé par un membre du public, et ses membres proviennent des huit régions régionales de la santé, du Collège des médecins et chirurgiens, de la Société médicale du Nouveau-Brunswick, de l'Association des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick

Department of Health. The main responsibilities of the advisory committee are:

- Planning and Management of Surgical Services in New Brunswick
- Standards Development and Performance Monitoring
- Communication and Public Awareness

The advisory committee has two subcommittees — the Knowledge and Evaluation Subcommittee and the Clinical Services Subcommittee. Both subcommittees are chaired by surgeons who are members of the NBSCN Advisory Committee. The main responsibilities of the subcommittees are:

Clinical Services Subcommittee:

- Clinical advisory role
- Service planning and process improvement
- Outcomes/evaluation
- Integrated care pathways

Knowledge and Evaluation Subcommittee:

- Creation and maintenance of the surgical registry
- Patient classification and acuity scoring methodology
- Data analysis
- Data reporting
- Research
- Evaluation

The membership on these subcommittees has been drawn from the Regional Health Authorities, physicians and the Department of Health.

The Knowledge and Evaluation Subcommittee has two types of working groups. The first is the surgical specialty working groups. There are 12 surgical specialties in New Brunswick. A working group was structured for each specialty with representation from each Regional Health Authority that offered that specialty. The purpose of these working groups was:

- To develop a standardized surgical patient assessment tool for their respective specialty; and
- To determine clinically appropriate wait time parameters for each of the surgical procedures they perform.

Each of the working groups has completed their work. The surgical prioritization tools are currently being implemented across the province. The plan is for every surgeon in the province to be using their respective surgical prioritization tool to prioritize their patients for surgery by June 2007. Utilization of the surgical prioritization tools will ensure fairness through the use of objective criteria, appropriateness in that the time people wait is proportional to their condition, and a sense of

et du ministère de la Santé. Les principales responsabilités du comité consultatif sont les suivantes :

- planification et gestion des services chirurgicaux au Nouveau-Brunswick;
- élaboration des normes et surveillance du rendement;
- communication et sensibilisation du public.

Le comité consultatif compte deux sous-comités : le Sous-comité sur les connaissances et l'évaluation et le Sous-comité sur les services cliniques. Les deux sous-comités sont présidés par des chirurgiens qui sont membres du Comité consultatif du Réseau des soins chirurgicaux du Nouveau-Brunswick. Les principales responsabilités des sous-comités sont les suivantes :

Sous-comité sur les services cliniques :

- rôle consultatif clinique;
- planification des services et amélioration des processus;
- résultats et évaluation;
- cheminement vers des soins intégrés.

Sous-comité sur les connaissances et l'évaluation :

- création et tenue du registre des interventions chirurgicales;
- classification des patients et méthode de notation de l'acuité;
- analyse des données;
- communication des données;
- recherche;
- évaluation.

Les membres de ces sous-comités proviennent des régions régionales de la santé, de la communauté des médecins et du ministère de la Santé.

Le Sous-comité sur les connaissances et l'évaluation comprend deux types de groupes de travail. Les groupes de travail sur les spécialisations chirurgicales sont le premier type. On en compte 12 au Nouveau-Brunswick. Un groupe de travail a été créé pour chaque spécialisation et il se composait de représentants de chacune des régions régionales de la santé qui offre la spécialisation. Les groupes de travail avaient pour but :

- d'établir un outil d'évaluation des patients en chirurgie normalisés pour leur spécialisation respective;
- de déterminer, du point de vue clinique, les paramètres des délais pertinents pour chaque intervention chirurgicale exécutée.

Tous les groupes de travail ont terminé leurs travaux. Les outils de classement par priorité des patients en attente d'une chirurgie sont actuellement mis en place dans la province. Le but est que chaque chirurgien de la province utilise l'outil afin de classer par priorité ses patients en attente d'une chirurgie d'ici juin 2007. L'utilisation des outils aidera à assurer l'équité au moyen de critères objectifs, la pertinence en ce sens que le temps d'attente des personnes est proportionnel à leur état et un sentiment de certitude que les gens sauront précisément combien de

certainty that people will have a clear understanding of how long they can expect to wait and why.

The second type of working group is the provincial surgical patient registry regional implementation working groups. The purpose of these groups is to work with the Department of Health toward the implementation of a provincial surgical patient registry. The working groups will:

- Provide input from a regional perspective to aid in the implementation of the provincial surgical patient registry.
- Facilitate the implementation of the policies and procedures of the provincial surgical patient registry.
- Identify problems in data collection and/or the existing software and make recommendations as to their solution.

The provincial surgical patient registry regional implementation working groups begin their work a few months prior to the provincial surgical patient registry going 'live' in their Regional Health Authority and continue to meet for approximately one month until after the registry is operational and a support system is in place. In 2006-07, working groups were in place in the South-East Regional Health Authority, which is the pilot site for the registry, and the Acadie-Bathurst Health Authority, which was the next Regional Health Authority to go 'live'.

The Clinical Services Subcommittee has one working group. It is a pre-surgical screening working group which began meeting in January 2007 to develop a standardized approach to pre surgical screening for New Brunswick. This group is comprised of an anesthesiologist from each Regional Health Authority, a surgeon from the NBSCN Clinical Services Subcommittee, two nurses from a pre surgical screening program and representation from the Department of Health. It is anticipated that this group will complete its development work by spring 2007. Some of the things they are working on include a pre surgical patient questionnaire, a clinical algorithm for evaluating the pre surgical questionnaire, and guidelines for pre-surgical testing.

Surgical Access Management Initiatives Surgery Operational Review

An operational review of all 16 sites that offer scheduled surgery in New Brunswick took place between March and June 2006. The review included a provincial surgery operational review and best practice analysis of each of the 16 surgical sites and a provincial surgery benchmark analysis of the 10 largest sites. The goal of the review was to identify areas where efficiencies could be improved. The operational review involved looking at processes from pre surgical screening through to the post-operative period; the best practice analysis identified best practices in each of the Regional Health Authorities; and the benchmarking analysis compared data from each of the 10 sites with comparable sites across the country for the purpose of monitoring and trending performance indicators.

temps ils pourront attendre et connaîtront la raison.

Les groupes de travail régionaux chargés de la mise en place du Registre provincial des patients des soins chirurgicaux sont le deuxième type. Ces groupes collaborent avec le ministère de la Santé à la mise en place d'un registre provincial des patients des soins chirurgicaux. Les groupes de travail :

- fourniront des réactions du point de vue régional afin de faciliter la mise en place du registre provincial des patients des soins chirurgicaux;
- faciliteront la mise en œuvre des politiques et des procédures relatives au registre provincial des patients des soins chirurgicaux;
- cerneront les problèmes dans la collecte des données ou l'utilisation du logiciel actuel, et recommanderont des solutions.

Les groupes de travail régionaux chargés de la mise en place du registre provincial des patients des soins chirurgicaux ont entrepris leurs travaux quelques mois avant la mise en service du registre dans leur région régionale de la santé. Ils continuent de se réunir pendant environ un mois jusqu'à ce que le registre soit fonctionnel et qu'un système de soutien soit mis en place. En 2006-2007, des groupes de travail étaient actifs dans la région régionale de la santé du Sud-Est, le site pilote du registre, et la région régionale de la santé Acadie-Bathurst, qui est la prochaine région régionale de la santé où le registre sera mis en service.

Le Sous-comité sur les services cliniques a formé un groupe de travail sur le dépistage préchirurgical qui a tenu sa première réunion en janvier 2007. Le groupe est chargé d'élaborer une approche normalisée au dépistage avant la chirurgie pour le Nouveau-Brunswick. Il se compose d'un anesthésiste de chacune des régions régionales de la santé, d'un médecin du Sous-comité sur les services cliniques du Réseau des soins chirurgicaux du Nouveau-Brunswick, de deux infirmières d'un programme de dépistage préchirurgical et de représentants du ministère de la Santé. Le groupe devrait terminer ses travaux d'ici le printemps 2007. Certains aspects étudiés comprennent un questionnaire préchirurgical aux patients, un algorithme clinique pour évaluer le questionnaire préchirurgical et des lignes directrices pour les analyses préchirurgicales.

Projet de gestion de l'accès aux services de chirurgie Examen des activités de chirurgie

Un examen des activités a été entamé entre mars et juin 2006 dans les 16 établissements offrant le service de chirurgie prévu au Nouveau-Brunswick. L'examen a comporté une revue des activités de chirurgie à l'échelle provinciale et une analyse des meilleures pratiques de chacun des 16 établissements offrant un service de chirurgie ainsi qu'une analyse comparative des interventions chirurgicales dans les 10 plus grands établissements. L'objectif de l'examen était de faire ressortir les secteurs où l'efficacité pourrait être améliorée. L'examen des activités comprenait l'évaluation des processus, y compris notamment le dépistage préchirurgical jusqu'à la période postopératoire. L'analyse des pratiques exemplaires a fait ressortir des pratiques exemplaires dans chacune des régions régionales de la santé et a comparé des données de chacun des dix établissements à des sites comparables au pays afin de surveiller les indicateurs de rendement et d'établir la tendance à cet égard.

Draft reports were submitted to the Regional Health Authorities for confirmation of data. The final reports have now been distributed and the Regional Health Authorities are reviewing the recommendations. Each Regional Health Authority will be requested to submit a proposal to the Department of Health which will identify their action plan for implementing the recommendations in their respective reports.

Access Managers

Access managers have been hired in each of the Regional Health Authorities. The role of the access manager is to work with the surgical team and management in their respective Regional Health Authority to develop an understanding of current surgical issues, analyze information and reports, and ensure tools are developed or obtained to assist with surgical access management. The goal is to ensure that the required information for surgical access management can be obtained; that the information meets the quality standards for accuracy, timeliness, receptivity to client's needs, security of the information including privacy legislation, and reliability of the information; and a process is in place so that the information can be included in the Provincial Surgical Patient Registry once it is operational in their Regional Health Authority.

Once the provincial surgical patient registry is operational across the province the access managers will be able to interface with the public to provide information and support to patients to assist them in managing their wait time for surgery. The access manager will work to establish and maintain a coordinated approach to the management of patient concerns related to surgery. This will involve working within current structures in their Regional Health Authority and with the access managers in the other Regional Health Authorities. The goal is to improve the access to information for patients waiting for surgery.

Provincial Surgical Patient Registry

The software development for a pilot of the provincial surgical patient registry has been completed. The pilot site was the South-East Regional Health Authority. Surgeons in the health authority started using the surgical prioritization tools on Dec. 18, 2006, and the pilot for the software of the provincial surgical patient registry lasted from Jan. 25, 2007 until March 31, 2007. During the pilot, enhancements were made to the software based on feedback from the users. The feedback from the pilot will be evaluated and the recommendations will be incorporated. The provincial implementation will start following the pilot. The implementation for the remaining seven Regional Health Authorities will be completed in December 2007.

New Brunswick Surgical Care Network Public Website

The website, launched in 2006, was further developed to provide a greater understanding of surgical wait times. The information it contains will help New Brunswickers better appreciate the complexity of this issue and to make informed decisions about their own care.

Information on the site, which can be found at

Des ébauches ont été soumises aux régies régionales de la santé à des fins de confirmation des données. Les rapports finals ont maintenant été distribués, et les régies régionales de la santé étudient les recommandations. Chaque régie régionale de la santé devra soumettre au ministère de la Santé une proposition présentant son plan d'action pour la mise en œuvre des recommandations contenues dans son rapport.

Gestionnaires de l'accès

Des gestionnaires de l'accès ont été embauchés dans chacune des régies régionales de la santé. Ils travaillent avec l'équipe chirurgicale et la direction dans leur régie régionale de la santé respective afin de faire comprendre les enjeux actuels relatifs aux services de chirurgie, d'analyser l'information et les rapports, et de voir à ce que des outils soient mis au point ou obtenus pour appuyer la gestion de l'accès aux services de chirurgie. Le but est d'assurer que l'information requise pour la gestion de l'accès au service de chirurgie puisse être obtenue, que l'information réponde aux normes de qualité quant à l'exactitude, au délai opportun, à la réceptivité aux besoins du client, à la sécurité de l'information, y compris les lois sur la protection des renseignements personnels, et à la fiabilité de l'information; et qu'un processus soit en place pour que l'information puisse être intégrée au registre provincial des patients des soins chirurgicaux lorsque celui-ci sera opérationnel dans la régie régionale de la santé.

Lorsque le registre provincial des patients en attente d'une chirurgie sera fonctionnel dans l'ensemble de la province, les gestionnaires de l'accès pourront interagir avec le public pour offrir de l'information et un soutien aux patients afin de les aider à gérer leur délai d'attente pour une chirurgie. Le gestionnaire de l'accès établira et maintiendra une approche coordonnée à la gestion des inquiétudes des patients concernant la chirurgie. Il utilisera les structures actuelles dans sa régie régionale de la santé et collaborera avec les gestionnaires des autres régies régionales de la santé. Le but est d'améliorer l'accès à l'information pour les patients en attente d'une chirurgie.

Registre provincial des patients des soins chirurgicaux

Le logiciel du projet-pilote provincial des patients des soins chirurgicaux a été élaboré. Le site pilote était la régie régionale de la santé du Sud-Est. Les chirurgiens de la régie régionale ont commencé à utiliser les outils de classement par priorité des patients en attente d'une chirurgie, le 18 décembre 2006, et le logiciel du registre a été mis à l'essai du 25 janvier au 31 mars 2007. Pendant la période d'essai, des améliorations ont été apportées au logiciel pour tenir compte des commentaires des utilisateurs. Les commentaires seront évalués, et les recommandations seront intégrées. La mise en place du registre à l'échelle provinciale commencera après le projet-pilote. Le logiciel sera installé dans les sept autres régies régionales de la santé en décembre 2007.

Site Web public du Réseau de soins chirurgicaux du Nouveau-Brunswick

Le site Web qui a été lancé en 2006 a été développé davantage pour favoriser une compréhension accrue des délais d'attente pour une intervention chirurgicale. Les renseignements contenus sur le site aideront les résidents du Nouveau-Brunswick à mieux comprendre la complexité de la question et à prendre de meilleures décisions relativement à leurs soins personnels.

Les renseignements présentés sur le site sont accessibles à

www.surgerynewbrunswick.ca includes:

- Types of surgery performed in New Brunswick by hospital
- Specialists who offer surgery in New Brunswick
- Questions to ask your surgeon
- Frequently asked questions and answers on wait-time management
- Wait times for various types of surgeries by hospital

At this time the wait time information on the website is from proxy data using information from the Discharge Abstract Database and the Medicare database. Once the provincial surgical patient registry is implemented, the Department of Health will be able to use the registry's aggregate wait time data for the public website.

Review Of Surgery Performed On An In-patient And / Or Ambulatory Basis

The NBSCN Clinical Services Subcommittee is currently working with the Regional Health Authorities reviewing the volume and type of surgical procedures that are performed on an in-patient and / or ambulatory basis. The goal is to move toward best practice, which is to do 70 per cent of surgical procedures in ambulatory surgery. At this time, the focus is on reviewing procedures that have a significant variance from their comparators across the country.

National Evidence-Based Benchmarks

On Dec. 12, 2005, in collaboration with the other provincial and territorial jurisdictions, New Brunswick agreed to 10 evidence-based benchmarks for cancer and heart treatments, diagnostic imaging, joint replacement and sight restoration.

Of those benchmarks, some have a direct bearing on the provincial Surgical Access Management Initiative. Under the agreed upon benchmarks, provinces and territories will strive to provide:

- Hip fracture fixation within 48 hours;
- Hip replacements within 26 weeks;
- Knee replacements within 26 weeks;
- Surgery to remove cataracts within 16 weeks for patients who are at high risk;
- Three benchmarks for cardiac surgery
 - within two weeks for Level One patients;
 - within six weeks for Level two patients; and
 - within 26 weeks for Level Three patients

www.surgerynewbrunswick.ca/index-f.asp et comprennent notamment :

- les types de chirurgie que l'on effectue au Nouveau-Brunswick, par hôpital;
- les spécialistes offrant des services de chirurgie au Nouveau-Brunswick;
- les questions à poser au chirurgien;
- les questions fréquentes à propos de la gestion des délais d'attente et les réponses à ces questions;
- les délais d'attente pour divers types de chirurgie par hôpital.

L'information sur les délais d'attente affichée sur le site Web provient de données approximatives établies à partir de l'information de la base de données sur les congés des patients et la base de données de l'Assurance-maladie. Lorsque le registre provincial des patients en attente d'une chirurgie sera en place, le ministère de la Santé pourra utiliser les données globales sur les délais d'attente du registre pour le site Web public.

Examen des chirurgies pratiquées sur des patients hospitalisés ou ambulatoires

Le Sous-comité des services cliniques du Réseau de soins chirurgicaux du Nouveau-Brunswick collabore avec les régies régionales de la santé afin de revoir le nombre et le type d'interventions chirurgicales pratiquées sur des patients hospitalisés ou ambulatoires. Le but est d'adopter une pratique exemplaire qui consiste à effectuer 70 pour cent des interventions chirurgicales en chirurgie ambulatoire. Pour le moment, l'accent est mis sur l'examen des interventions qui varient grandement par rapport à leurs comparateurs ailleurs au pays.

Points de référence nationaux fondés sur des faits

Le 12 décembre 2005, en collaboration avec les autres provinces et territoires, le gouvernement du Nouveau-Brunswick a approuvé dix points de référence fondés sur des faits en ce qui concerne les traitements du cancer et des maladies cardiaques, l'imagerie de diagnostic, l'arthroplastie et la restauration de la vue.

Certains de ces points de référence ont une incidence directe sur l'initiative provinciale de gestion de l'accès aux services chirurgicaux. Conformément aux points de référence approuvés, les provinces et les territoires auront les objectifs suivants :

- réparation d'une fracture de la hanche en moins de 48 heures,
- arthroplastie de la hanche en moins de 26 semaines,
- arthroplastie du genou en moins de 26 semaines,
- extraction de cataractes en moins de 16 semaines pour les patients exposés à des risques élevés,
- trois points de référence pour la chirurgie cardiaque :
 - moins de deux semaines pour les patients de niveau un;
 - moins de six semaines pour les patients de niveau deux;
 - moins de 26 semaines pour les patients de niveau trois.

Each province and territory is pursuing its own strategy to improve access to these procedures so that, by the end of 2007, they can establish multi-year targets to achieve these benchmarks in accordance with the 10-Year Plan to Strengthen Health Care reached by First Ministers in 2004.

Surgical Waiting Lists

Until the provincial Surgical Patient Registry is operational in all Regional Health Authorities, the Department of Health uses two sources of data to provide information on the number of patients waiting for surgery and average wait time. The data submitted on a quarterly basis by the Regional Health Authorities is used to report the number of individuals on the wait list.

The following table represents the wait list for surgical procedures as reported by the Regional Health Authorities.

A second methodology, also used in other jurisdictions, has been developed to provide some insights in the wait time for surgery.

Chaque province et territoire poursuivra maintenant la mise en œuvre de sa propre stratégie d'amélioration de l'accès à ces interventions chirurgicales afin que, d'ici la fin de l'année 2007, des objectifs pluriannuels soient fixés en vue de la réalisation de ces points de référence, conformément au plan décennal qui a été établi par les premiers ministres en 2004 pour renforcer les soins de santé.

Listes d'attente pour une intervention chirurgicale

En attendant la mise en œuvre du registre provincial des patients des soins chirurgicaux dans toutes les régions régionales de la santé, le ministère de la Santé utilise deux sources de données pour fournir les renseignements sur le nombre de patients devant subir une chirurgie, ainsi que les délais d'attente. Les données soumises à chaque trimestre par les régions régionales de la santé sont utilisées pour signaler le nombre de personnes figurant sur la liste d'attente.

Le tableau suivant représente la liste d'attente pour les interventions chirurgicales telle qu'elle est fournie par les régions régionales de la santé.

Une deuxième méthode, également utilisée par d'autres provinces et territoires, a été élaborée pour fournir certains renseignements sur le délai d'attente pour une intervention chirurgicale.

Regional Health Authority/Régie régionale de la santé								
Regional Health Authority/Régie régionale de la santé	Sep-03	Mar-04	Sep-04	Mar-05	Sep-05	Mar-06	Sep-06	Mar-07
1-B	2,461	2,646	2,703	2,926	2773	2889	2881	2689
1-SE	3,670	3,584	3,898	3,862	3994	3960	4467	4545
2	4,002	4,106	4,416	4,303	4347	4255	4102	3765
3	2,691	2,770	3,027	2,846	2651	3267	3384	2973
4	999	1,146	1,186	1,226	1199	1213	1065	1142
5	523	285	350	392	351	265	282	371
6	1,146	1,155	1,366	1,493	1616	1648	2050	2262
7	425	371	441	367	413	409	336	517
Provincial	15,917	16,063	17,387	17,415	17344	17906	18567	18264

The methodology involves using the date of the last major consult with the specialist performing the surgery and the date the surgery was performed. The first number is provided by the Medicare database whereas the second number is from the Discharge Abstract Database (DAD), a database containing information on all admissions and day surgeries in the country. At this time, the methodology has been applied to gather information for 12 surgical procedures. They are:

- Breast excision
- Breast reduction
- Carpal tunnel repair
- Cataract removal*
- Coronary artery bypass graft (CABG) *
- Hernia repair
- Hip replacement*
- Hysterectomy
- Knee replacement*
- Myringotomy
- Prostatectomy
- Tonsillectomy and / or Adenoidectomy

* Denotes that there is a national benchmark for this procedure.

Cette méthode comporte l'utilisation de la date de la dernière consultation majeure avec le spécialiste effectuant la chirurgie et la date à laquelle la chirurgie a été effectuée. La première donnée est fournie par la base de données de l'Assurance-maladie alors que la seconde provient de la base de données sur les congés des patients (BDGP) qui contient l'information sur toutes les admissions et les chirurgies d'un jour au pays. À l'heure actuelle, la méthode a été appliquée pour recueillir des données sur les douze interventions chirurgicales suivantes :

- ablation du sein,
- réduction mammaire,
- réparation du canal carpien,
- extraction de cataractes*,
- pontage aortocoronarien*,
- réparation de hernies,
- arthroplastie de la hanche*,
- hystérectomie,
- arthroplastie du genou*,
- paracentèse,
- prostatectomie,
- amygdalectomie ou adénoïdectomie.

* Point de référence national pour cette intervention.

Percentage of Breast Excision Surgeries Completed by Wait Time Category in Months April 2005 - March 2006 by RHA

RHA	Facility **If more than one facility in an RHA is listed, then a RHA total is included	Less than 3 months	Between 3 & 6 months	Between 6 and 9 months	Between 9 and 12 months	Between 12 and 18 months	Between 18 and 24 months	Over 24 months	Number of Total Surgical Cases Completed
RHA 1B	Dr. Georges-L. Dumont Regional Hosp.	91.7%	3.8%	3.8%	0.0%	0.0%	0.8%	0.0%	136
RHA 1SE	The Moncton Hosp.	79.3%	16.8%	0.6%	1.1%	1.7%	0.0%	0.6%	181
	Sackville Memorial Hosp.	84.6%	7.7%	0.0%	3.8%	3.8%	0.0%	0.0%	26
RHA 1SE	RHA 1 SE Total	80.0%	15.6%	0.5%	1.5%	2.0%	0.0%	0.5%	207
RHA 2	Saint John Regional Hosp.	88.8%	4.7%	2.8%	0.9%	0.0%	0.9%	1.9%	111
	St. Joseph's Hosp.	75.0%	18.2%	2.3%	2.3%	0.0%	0.0%	2.3%	44
	Charlotte County Hosp.	66.7%	33.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	3
	Sussex Health Centre	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	9
RHA 2	RHA 2 Total	85.3%	8.6%	2.5%	1.2%	0.0%	0.6%	1.8%	167
RHA 3	Dr. Everett Chalmers Regional Hosp.	90.6%	3.3%	0.9%	0.9%	0.9%	1.4%	1.9%	213
	Oromocto Public Hosp.	87.1%	7.5%	2.2%	2.2%	0.0%	1.1%	0.0%	96
	The Carleton Memorial Hosp.				See Note 1				12
	Hôtel-Dieu de St.-Joseph Hosp.	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	17
RHA 3	RHA 3 Total	90.1%	4.3%	1.2%	1.2%	0.6%	1.2%	1.2%	338
RHA 4	Edmundston Regional Hosp.	80.0%	9.2%	9.2%	0.0%	1.5%	0.0%	0.0%	68
	Grand Falls General Hosp.	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	12
RHA 4	RHA 4 Total	83.1%	7.8%	7.8%	0.0%	1.3%	0.0%	0.0%	80
RHA 5	Campbellton Regional Hosp.	76.6%	12.8%	6.4%	0.0%	2.1%	0.0%	2.1%	48
RHA 6	Chaleur Regional Hosp.	88.2%	3.2%	1.1%	3.2%	2.2%	1.1%	1.1%	99
RHA 7	Miramichi Regional Hosp.	92.6%	1.5%	1.5%	1.5%	1.5%	1.5%	0.0%	69
Provincial Wait Time		86.7%	7.3%	2.3%	1.2%	1.0%	0.7%	0.9%	1,144

Note 1: At this time we are unable to report these wait times due to current data collection methodology

Pourcentage d'interventions de réduction mammaire par catégorie de délais d'attente en mois, avril 2005 à mars 2006, par RRS

RRS	Établissement ** S'il y a plus d'un établissement dans la RRS, le total pour la RRS est inclus.	Moins de trois mois	De trois à six mois	De six à neuf mois	De neuf à 12 mois	De 12 à 18 mois	De 18 à 24 mois	Plus de 24 mois	Nombre total de chirurgies
RRS 1B	Hôpital régional Dr-Georges-L. Dumont	91.7 %	3.8 %	3.8 %	0 %	0 %	0.8 %	0 %	136
RRS 1SE	The Moncton Hosp.	79.3 %	16.8 %	0.6 %	1.1 %	1.7 %	0 %	0.6 %	181
	Hôpital Sackville Memorial	84.6 %	7.7 %	0 %	3.8 %	3.8 %	0 %	0 %	26
RRS 1SE	RRS 1 SE - Total	80 %	15.6 %	0.5 %	1.5 %	2 %	0 %	0.5 %	207
RRS 2	Hôpital régional de Saint John	88.8 %	4.7 %	2.8 %	0.9 %	0 %	0.9 %	1.9 %	111
	Hôpital St. Joseph	75 %	18.2 %	2.3 %	2.3 %	0 %	0 %	2.3 %	44
	Hôpital du comté de Charlotte	66.7 %	33.3 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	3
	Centre de santé de Sussex	100 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	9
RRS 2	RRS 2 - Total	85.3 %	8.6 %	2.5 %	1.2 %	0 %	0.6 %	1.8 %	167
RRS 3	Hôpital régional Dr. Everett Chalmers	90.6 %	3.3 %	0.9 %	0.9 %	0.9 %	1.4 %	1.9 %	213
	Hôpital public d'Oromocto	87.1 %	7.5 %	2.2 %	2.2 %	0 %	1.1 %	0 %	96
	Hôpital Carleton Memorial				Voir Note 1				12
	Hôtel-Dieu de Saint-Joseph	100 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	17
RRS 3	RRS 3 - Total	90.1 %	4.3 %	1.2 %	1.2 %	0.6 %	1.2 %	1.2 %	338
RRS 4	Hôpital régional d'Edmundston	80 %	9.2 %	9.2 %	0 %	1.5 %	0 %	0 %	68
	Hôpital général de Grand-Sault	100 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	12
RRS 4	RRS 4 - Total	83.1 %	7.8 %	7.8 %	0 %	1.3 %	0 %	0 %	80
RRS 5	Hôpital régional de Campbellton	76.6 %	12.8 %	6.4 %	0 %	2.1 %	0 %	2.1 %	48
RRS 6	Hôpital régional Chaleur	88.2 %	3.2 %	1.1 %	3.2 %	2.2 %	1.1 %	1.1 %	99
RRS 7	Hôpital régional de Miramichi	92.6 %	1.5 %	1.5 %	1.5 %	1.5 %	1.5 %	0 %	69
Délai d'attente provincial		86.7 %	7.3 %	2.3 %	1.2 %	1 %	0.7 %	0.9 %	1 144

Note 1 : Pour le moment, nous ne pouvons pas indiquer les délais d'attente en raison de la méthode de collecte des données.

Percentage of Breast Reduction Surgeries Completed by Wait Time Category in Months April 2005 - March 2006 by RHA

RHA	Facility **If more than one facility in an RHA is listed, then a RHA total is included	Less than 3 months	Between 3 & 6 months	Between 6 and 9 months	Between 9 and 12 months	Between 12 and 18 months	Between 18 and 24 months	Over 24 months	Number of Total Surgical Cases Completed
RHA 1B	Dr. Georges-L. Dumont Regional Hosp.	32.6%	16.3%	11.6%	3.9%	3.9%	15.5%	16.3%	132
RHA 1SE	The Moncton Hosp.	26.4%	14.0%	11.6%	18.2%	4.1%	4.1%	21.5%	122
	Sackville Memorial Hosp.	77.8%	11.1%	0.0%	0.0%	0.0%	11.1%	0.0%	9
RHA 1SE	RHA 1SE Total	30.0%	13.8%	10.8%	16.9%	3.8%	4.6%	20.0%	131
RHA 2	Saint John Regional Hosp.	22.2%	15.6%	15.6%	6.7%	11.1%	6.7%	22.2%	45
RHA 3	Dr. Everett Chalmers Regional Hosp.	37.1%	14.4%	19.3%	13.4%	1.5%	3.5%	10.9%	211
	Oromocto Public Hosp.	20.0%	11.1%	22.2%	22.2%	6.7%	6.7%	11.1%	46
RHA 3	RHA 3 Total	34.0%	13.8%	19.8%	15.0%	2.4%	4.0%	10.9%	257
RHA 5	Campbellton Regional Hosp.	84.8%	3.0%	6.1%	3.0%	0.0%	0.0%	3.0%	33
RHA 6	Chaleur Regional Hosp.	37.7%	20.3%	15.9%	10.1%	4.3%	1.4%	10.1%	70
Provincial Wait Time		35.1%	14.5%	15.0%	11.5%	3.7%	6.1%	14.1%	668

Pourcentage d'interventions de réduction mammaire par catégorie de délais d'attente en mois, avril 2005 à mars 2006, par RRS

RRS	Établissement **S'il y a plus d'un établissement dans la RRS, le total pour la RRS est inclus	Moins de trois mois	De trois à six mois	De six à neuf mois	De neuf à 12 mois	De 12 à 18 mois	De 18 à 24 mois	Plus de 24 mois	Nombre total de chirurgies
RRS1B	Hôpital régional Dr-Georges-L.-Dumont	32.6 %	16.3 %	11.6 %	3.9 %	3.9 %	15.5 %	16.3 %	132
RRS 1SE	The Moncton Hosp.	26.4 %	14 %	11.6 %	18.2 %	4.1 %	4.1 %	21.5 %	122
	Hôpital Sackville Memorial	77.8 %	11.1 %	0 %	0 %	0 %	11.1 %	0 %	9
RRS 1SE	RRS 1SE - Total	30 %	13.8 %	10.8 %	16.9 %	3.8 %	4.6 %	20 %	131
RRS 2	Hôpital régional de Saint John	22.2 %	15.6 %	15.6 %	6.7 %	11.1 %	6.7 %	22.2 %	45
	Hôpital régional Dr. Everett Chalmers	37.1 %	14.4 %	19.3 %	13.4 %	1.5 %	3.5 %	10.9 %	211
	Hôpital public d'Oromocto	20 %	11.1 %	22.2 %	22.2 %	6.7 %	6.7 %	11.1 %	46
RRS 3	RRS 3 - Total	34 %	13.8 %	19.8 %	15 %	2.4 %	4 %	10.9 %	257
RRS 5	Hôpital régional de Campbellton	84.8 %	3 %	6.1 %	3 %	0 %	0 %	3 %	33
RRS 6	Hôpital régional Chaleur	37.7 %	20.3 %	15.9 %	10.1 %	4.3 %	1.4 %	10.1 %	70
Délai d'attente provincial		35,1 %	14,5 %	15 %	11,5 %	3,7 %	6,1 %	14,1 %	668

Percentage of Carpal Tunnel Surgeries Completed by Wait Time Category in Months April 2005 - March 2006 by RHA

RHA	Facility **If more than one facility in an RHA is listed, then a RHA total is included	Less than 3 months	Between 3 & 6 months	Between 6 and 9 months	Between 9 and 12 months	Between 12 and 18 months	Between 18 and 24 months	Over 24 months	Number of Total Surgical Cases Completed
RHA 1B	Dr. Georges-L. Dumont Regional Hosp.	38.6%	23.8%	12.9%	5.0%	10.9%	5.0%	4.0%	105
RHA 1SE	The Moncton Hosp.	30.2%	22.6%	18.9%	7.5%	13.2%	3.8%	3.8%	54
	Sackville Memorial Hosp.	37.5%	31.3%	12.5%	0.0%	6.3%	0.0%	12.5%	16
RHA 1SE	RHA 1SE Total	31.9%	24.6%	17.4%	5.8%	11.6%	2.9%	5.8%	70
RHA 2	Saint John Regional Hosp.	58.6%	10.3%	6.9%	6.9%	6.9%	0.0%	10.3%	33
	St. Joseph's Hosp.	56.8%	22.1%	5.3%	6.3%	1.1%	2.1%	6.3%	106
	Charlotte County Hosp.	94.4%	5.6%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	18
	Sussex Health Centre	94.4%	5.6%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	18
RHA 2	RHA 2 Total	65.6%	16.3%	4.4%	5.0%	1.9%	1.3%	5.6%	175
RHA 3	Dr. Everett Chalmers Regional Hosp.	65.6%	25.8%	2.2%	4.3%	1.1%	1.1%	0.0%	97
	Oromocto Public Hosp.	62.7%	22.4%	6.0%	1.5%	3.0%	1.5%	3.0%	68
	The Carleton Memorial Hosp.	75.0%	12.5%	12.5%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	8
	Hôtel-Dieu of St-Joseph Hosp.	96.4%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	3.6%	29
RHA 3	RHA 3 Total	69.4%	20.4%	3.6%	2.6%	1.5%	1.0%	1.5%	202
RHA 4	Edmundston Regional Hosp.	51.5%	22.1%	10.3%	2.9%	8.8%	1.5%	2.9%	72
RHA 5	Campbellton Regional Hosp.	73.5%	14.7%	2.9%	2.9%	0.0%	0.0%	5.9%	35
RHA 6	Chaleur Regional Hosp.					See Note 1			
RHA 7	Miramichi Regional Hosp.	72.7%	18.2%	2.3%	0.0%	2.3%	0.0%	4.5%	46
Provincial Wait Time		58.6%	20.1%	7.1%	3.7%	4.8%	1.8%	3.9%	711

Note 1: At this time we are unable to report these wait times due to current data collection methodology

Chirurgies décompression du tunnel carpien complétées en pourcentage, par catégorie de délai d'attente en mois, avril 2005 à mars 2006, par RRS

RRS	Etablissement **S'il y a plus d'un établissement dans la RRS, le total pour la RRS est inclus.	Moins de trois mois	De trois à six mois	De six à neuf mois	De neuf à 12 mois	De 12 à 18 mois	De 18 à 24 mois	Plus de 24 mois	Nombre total de chirurgies
RRS 1B	Hôpital régional Dr-Georges-L.-Dumont	38,6 %	23,8 %	12,9 %	5,0 %	10,9 %	5,0 %	4,0 %	105
RRS 1SE	The Moncton Hosp.	30,2 %	22,6 %	18,9 %	7,5 %	13,2 %	3,8 %	3,8 %	54
	Hôpital Memorial de Sackville	37,5 %	31,3 %	12,5 %	0,0 %	6,3 %	0,0 %	12,5 %	16
RRS 1SE	RRS 1SE Total	31,9 %	24,6 %	17,4 %	5,8 %	11,6 %	2,9 %	5,8 %	70
RRS 2	Hôpital régional de Saint John	58,6 %	10,3 %	6,9 %	6,9 %	6,9 %	0,0 %	10,3 %	33
	Hôpital St. Joseph	56,8 %	22,1 %	5,3 %	6,3 %	1,1 %	2,1 %	6,3 %	106
	Hôpital du comté de Charlotte	94,4 %	5,6 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	18
	Centre de santé de Sussex	94,4 %	5,6 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	18
RRS 2	RRS 2 Total	65,6 %	16,3 %	4,4 %	5,0 %	1,9 %	1,3 %	5,6 %	175
RRS 3	Hôpital régional Dr Everett Chalmers	65,6 %	25,8 %	2,2 %	4,3 %	1,1 %	1,1 %	0,0 %	97
	Hôpital public d'Oromocto	62,7 %	22,4 %	6,0 %	1,5 %	3,0 %	1,5 %	3,0 %	68
	Hôpital Memorial de Carleton	75,0 %	12,5 %	12,5 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	8
	Hôpital Hôtel-Dieu de St-Joseph	96,4 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	3,6 %	29
RRS 3	RRS 3 Total	69,4 %	20,4 %	3,6 %	2,6 %	1,5 %	1,0 %	1,5 %	202
RRS 4	Hôpital régional d'Edmundston	51,5 %	22,1 %	10,3 %	2,9 %	8,8 %	1,5 %	2,9 %	72
RRS 5	Hôpital régional de Campbellton	73,5 %	14,7 %	2,9 %	2,9 %	0,0 %	0,0 %	5,9 %	35
RRS 6	Hôpital régional Chaleur	Voir note 1							
RRS 7	Hôpital régional de Miramichi	72,7 %	18,2 %	2,3 %	0,0 %	2,3 %	0,0 %	4,5 %	46
Délai d'attente provincial		58,6 %	20,1 %	7,1 %	3,7 %	4,8 %	1,8 %	3,9 %	711
Note 1: Pour le moment, il n'est pas possible de comptabiliser ces temps d'attente dû à la méthode courante de collecte de données									

Percentage of Cataract Surgeries Completed by Wait Time Category in Months April 2005 - March 2006 by RHA

RHA	Facility **If more than one facility in an RHA is listed, then a RHA total is included.	Less than 3 months	Between 3 & 6 months	Between 6 and 9 months	Between 9 and 12 months	Between 12 and 18 months	Between 18 and 24 months	Over 24 months	Number of Total Surgical Cases Completed
RHA 1B	Dr. Georges-L. Dumont Regional Hosp.	78.5%	7.4%	2.0%	1.5%	6.8%	1.3%	2.5%	952
RHA 1SE	The Moncton Hosp.	82.2%	6.9%	2.0%	1.5%	4.9%	1.1%	1.5%	558
RHA 2	St. Joseph's Hosp.	67.1%	9.6%	8.0%	4.5%	4.1%	2.0%	4.7%	1272
RHA 3	Dr. Everett Chalmers Regional Hosp.	17.9%	23.1%	10.3%	12.8%	23.1%	2.6%	10.3%	82
	Oromocto Public Hosp.	26.9%	46.7%	6.5%	3.6%	8.8%	2.7%	4.9%	723
	The Carleton Memorial Hosp.	70.6%	8.5%	1.0%	2.0%	6.5%	5.5%	6.0%	226
RHA 3	RHA 3 Total	35.4%	36.7%	5.7%	4.0%	9.4%	3.3%	5.6%	1031
RHA 4	Edmundston Regional Hosp.	21.9%	46.0%	6.5%	3.3%	14.9%	2.3%	5.1%	227
RHA 5	Campbellton Regional Hosp.	57.1%	13.5%	6.3%	2.4%	15.1%	1.6%	4.0%	155
RHA 6	Chaleur Regional Hosp.	44.8%	28.7%	12.7%	4.3%	3.7%	1.8%	4.1%	724
RHA 7	Miramichi Regional Hosp.	32.0%	20.7%	12.2%	3.6%	22.1%	4.1%	5.4%	254
Provincial Wait Time		57.9%	19.0%	6.5%	3.3%	7.2%	2.1%	4.0%	5,173

Chirurgies de la cataracte complétées en pourcentage, par catégorie de délai d'attente en mois, avril 2005 à mars 2006, par RRS

RRS	Etablissement **S'il y a plus d'un établissement dans la RRS, le total pour la RRS est inclus.	Moins de trois mois	De trois à six mois	De six à neuf mois	De neuf à 12 mois	De 12 à 18 mois	De 18 à 24 mois	Plus de 24 mois	Nombre total de chirurgies
RRS 1B	Hôpital régional Dr-Georges-L.-Dumont	78,5 %	7,4 %	2,0 %	1,5 %	6,8 %	1,3 %	2,5 %	952
RRS 1SE	The Moncton Hosp.	82,2 %	6,9 %	2,0 %	1,5 %	4,9 %	1,1 %	1,5 %	558
RRS 2	Hôpital St. Joseph	67,1 %	9,6 %	8,0 %	4,5 %	4,1 %	2,0 %	4,7 %	1 272
RRS 3	Hôpital régional Dr Everett Chalmers	17,9 %	23,1 %	10,3 %	12,8 %	23,1 %	2,6 %	10,3 %	82
	Hôpital public d'Oromocto	26,9 %	46,7 %	6,5 %	3,6 %	8,8 %	2,7 %	4,9 %	723
	Hôpital Memorial de Carleton	70,6 %	8,5 %	1,0 %	2,0 %	6,5 %	5,5 %	6,0 %	226
RRS 3	RRS 3 Total	35,4 %	36,7 %	5,7 %	4,0 %	9,4 %	3,3 %	5,6 %	1 031
RRS 4	Hôpital régional d'Edmundston	21,9 %	46,0 %	6,5 %	3,3 %	14,9 %	2,3 %	5,1 %	227
RRS 5	Hôpital régional de Campbellton	57,1 %	13,5 %	6,3 %	2,4 %	15,1 %	1,6 %	4,0 %	155
RRS 6	Hôpital régional Chaleur	44,8 %	28,7 %	12,7 %	4,3 %	3,7 %	1,8 %	4,1 %	724
RRS 7	Hôpital régional de Miramichi	32,0 %	20,7 %	12,2 %	3,6 %	22,1 %	4,1 %	5,4 %	254
Délai d'attente provincial		57,9 %	19,0 %	6,5 %	3,3 %	7,2 %	2,1 %	4,0 %	5 173

Percentage of Coronary Artery Bypass Graft (CABG) Surgery Completed by Wait Time Category in Months April 2005 - March 2006 by RHA

RHA	Facility	Less than 3 months	Between 3 & 6 months	Between 6 and 9 months	Between 9 and 12 months	Over 24 months	Number of Total Surgical Cases Completed
RHA 2	Saint John Regional (SJRH)	87.89%	7.89%	3.42%	0.53%	0.26%	
Provincial Wait Time		87.89%	7.89%	3.42%	0.53%	0.26%	457

Pontages aorto-coronariens complétés en pourcentage, par catégorie de délai d'attente en mois, avril 2005 à mars 2006, par RRS

RRS	Établissement	Moins de 3 mois	De 3 à 6 mois	De 6 à 9 mois	De 9 à 12 mois	Plus de 24 mois	Nombre total de chirurgies complétées
RRS 2	Hôpital régional de Saint John	87.89 %	7.89 %	3.42 %	0.53 %	0.26 %	
Délai d'attente provincial		87.89 %	7.89 %	3.42 %	0.53 %	0.26 %	457

Percentage of Hernia Repair Surgeries Completed by Wait Time Category in Months April 2005 - March 2006 by RHA

RHA	Facility **If more than one facility in an RHA is listed, then a RHA total is included	Less than 3 months	Between 3 & 6 months	Between 6 and 9 months	Between 9 and 12 months	Between 12 and 18 months	Between 18 and 24 months	Over 24 months	Number of Total Surgical Cases Completed
RHA 1B	Dr. Georges-L. Dumont Regional Hosp.	61.8%	18.0%	10.1%	3.2%	2.8%	1.8%	2.3%	235
RHA 1SE	The Moncton Hosp.	37.9%	32.0%	10.7%	7.1%	7.7%	1.8%	3.0%	208
	Sackville Memorial Hosp.	49.7%	27.2%	13.9%	5.8%	0.6%	1.7%	1.2%	175
RHA 1SE	RHA 1 SE Total	43.9%	29.5%	12.3%	6.4%	4.1%	1.8%	2.0%	383
RHA 2	Saint John Regional Hosp.	29.4%	15.3%	12.4%	18.8%	12.4%	4.1%	7.6%	199
	St. Joseph's Hosp.	32.5%	18.1%	13.9%	12.0%	13.9%	6.0%	3.6%	172
	Charlotte County Hosp.	72.7%	27.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	11
	Sussex Health Centre	76.8%	10.7%	0.0%	0.0%	5.4%	3.6%	3.6%	57
RHA 2	RHA 2 Total	38.5%	16.1%	10.9%	12.9%	11.7%	4.7%	5.2%	439
RHA 3	Dr. Everett Chalmers Regional Hosp.	68.7%	18.3%	5.6%	3.9%	1.8%	0.4%	1.4%	326
	Oromocto Public Hosp.	70.7%	21.1%	4.3%	1.3%	1.3%	0.0%	1.3%	238
	The Carleton Memorial Hosp.					See Note 1			82
	Hotel-Dieu of St.-Joseph Hosp.	89.4%	6.4%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	4.3%	52
RHA 3	RHA 3 Total	71.2%	18.5%	4.6%	2.5%	1.4%	0.2%	1.6%	698
RHA 4	Edmundston Regional Hosp.	66.5%	14.6%	7.0%	6.3%	1.9%	0.0%	3.8%	167
	Grand Falls General Hosp.	87.8%	4.1%	6.1%	0.0%	0.0%	0.0%	2.0%	51
RHA 4	RHA 4 Total	71.5%	12.1%	6.8%	4.8%	1.4%	0.0%	3.4%	218
RHA 5	Campbellton Regional Hosp.	84.0%	13.6%	1.6%	0.8%	0.0%	0.0%	0.0%	136
RHA 6	Chaleur Regional Hosp.	73.2%	14.6%	8.8%	1.0%	1.5%	0.5%	0.5%	288
RHA 7	Miramichi Regional Hosp.	81.4%	12.4%	3.5%	0.0%	0.9%	0.0%	1.8%	125
Provincial Wait Time		61.4%	18.2%	7.9%	5.0%	3.8%	1.4%	2.4%	2,522

Note 1: At this time we are unable to report these wait times due to current data collection methodology.

Chirurgies pour herniorraphie complétées en pourcentage, par catégorie de délai d'attente en mois, avril 2005 à mars 2006, par RRS

RRS	Etablissement **S'il y a plus d'un établissement dans la RRS, le total pour la RRS est inclus.	Moins de trois mois	De trois à six mois	De six à neuf mois	De neuf à 12 mois	De 12 à 18 mois	De 18 à 24 mois	Plus de 24 mois	Nombre total de chirurgies
RRS 1B	Hôpital régional Dr-Georges-L.-Dumont	61.8 %	18.0 %	10.1 %	3.2 %	2.8 %	1.8 %	2.3 %	235
RRS 1SE	The Moncton Hosp.	37.9 %	32.0 %	10.7 %	7.1 %	7.7 %	1.8 %	3.0 %	208
	Hôpital Memorial de Sackville	49.7 %	27.2 %	13.9 %	5.8 %	0.6 %	1.7 %	1.2 %	175
RRS 1SE	RRS 1 SE Total	43.9 %	29.5 %	12.3 %	6.4 %	4.1 %	1.8 %	2.0 %	383
RRS 2	Hôpital régional de Saint John	29.4 %	15.3 %	12.4 %	18.8 %	12.4 %	4.1 %	7.6 %	199
	Hôpital St. Joseph	32.5 %	18.1 %	13.9 %	12.0 %	13.9 %	6.0 %	3.6 %	172
	Hôpital du comté de Charlotte	72.7 %	27.3 %	0.0 %	0.0 %	0.0 %	0.0 %	0.0 %	11
	Centre de sante de Sussex	76.8 %	10.7 %	0.0 %	0.0 %	5.4 %	3.6 %	3.6 %	57
RRS 2	RRS 2 Total	38.5 %	16.1 %	10.9 %	12.9 %	11.7 %	4.7 %	5.2 %	439
RRS 3	Hôpital régional Dr Everett Chalmers	68.7 %	18.3 %	5.6 %	3.9 %	1.8 %	0.4 %	1.4 %	326
	Hôpital public d'Oronecto	70.7 %	21.1 %	4.3 %	1.3 %	1.3 %	0.0 %	1.3 %	238
	Hôpital Memorial de Carleton					Voir note 1			82
	Hôpital Hôtel-Dieu de St-Joseph	89.4 %	6.4 %	0.0 %	0.0 %	0.0 %	0.0 %	4.3 %	52
RRS 3	RRS 3 Total	71.2 %	18.5 %	4.6 %	2.5 %	1.4 %	0.2 %	1.6 %	698
RRS 4	Hôpital régional d'Edmundston	66.5 %	14.6 %	7.0 %	6.3 %	1.9 %	0.0 %	3.8 %	167
	Hôpital de Grand-Sault	87.8 %	4.1 %	6.1 %	0.0 %	0.0 %	0.0 %	2.0 %	51
RRS 4	RRS 4 Total	71.5 %	12.1 %	6.8 %	4.8 %	1.4 %	0.0 %	3.4 %	218
RRS 5	Hôpital régional de Campbellton	84.0 %	13.6 %	1.6 %	0.8 %	0.0 %	0.0 %	0.0 %	136
RRS 6	Hôpital régional Chaleur	73.2 %	14.6 %	8.8 %	1.0 %	1.5 %	0.5 %	0.5 %	288
RRS 7	Hôpital régional de Miramichi	81.4 %	12.4 %	3.5 %	0.0 %	0.9 %	0.0 %	1.8 %	125
Délai d'attente provincial		61.4 %	18.2 %	7.9 %	5.0 %	3.8 %	1.4 %	2.4 %	2 522

Note 1: Pour le moment, il n'est pas possible de comptabiliser ces temps d'attente dû à la méthode courante de collecte de données.

Percentage of Hip Replacement Surgeries Completed by Wait Time Category in Months April 2005 - March 2006 by RHA

RHA	Facility **If more than one facility in an RHA is listed, then a RHA total is included	Less than 3 months	Between 3 & 6 months	Between 6 and 9 months	Between 9 and 12 months	Between 12 and 18 months	Between 18 and 24 months	Over 24 months	Number of Total Surgical Cases Completed
RHA 1B	Dr. Georges-L. Dumont Regional Hosp.	38.3%	27.7%	10.6%	4.3%	2.1%	6.4%	10.6%	84
RHA 1SE	The Moncton Hosp.	66.0%	16.0%	11.7%	2.1%	2.1%	1.1%	1.1%	142
RHA 2	Saint John Regional Hosp.	30.0%	25.0%	15.8%	10.8%	4.2%	4.2%	10.0%	205
RHA 3	Dr. Everett Chalmers Regional Hosp.	24.8%	34.9%	22.0%	7.3%	0.0%	0.0%	11.0%	170
RHA 4	Edmundston Regional Hosp.	35.7%	28.6%	10.7%	14.3%	3.6%	3.6%	3.6%	44
RHA 5	Campbellton Regional Hosp.	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	28
RHA 6	Chaleur Regional Hosp.	38.2%	20.6%	20.6%	17.6%	0.0%	0.0%	2.9%	43
RHA 7	Miramichi Regional Hosp.	45.0%	40.0%	10.0%	5.0%	0.0%	0.0%	0.0%	40
Provincial Wait Time		40.6%	25.5%	15.2%	7.7%	1.9%	2.1%	6.9%	756

Remplacements de la hanche complétés en pourcentage, par catégorie de délai d'attente en mois, avril 2005 à mars 2006, par RRS

RRS	Etablissement **S'il y a plus d'un établissement dans la RRS, le total pour la RRS est inclus.	Moins de trois mois	De trois à six mois	De six à neuf mois	De neuf à 12 mois	De 12 à 18 mois	De 18 à 24 mois	Plus de 24 mois	Nombre total de chirurgies
RRS 1B	Hôpital régional Dr-Georges-L.-Dumont	38.3 %	27.7 %	10.6 %	4.3 %	2.1 %	6.4 %	10.6 %	84
RRS 1SE	The Moncton Hosp.	66.0 %	16.0 %	11.7 %	2.1 %	2.1 %	1.1 %	1.1 %	142
RRS 2	Hôpital régional de Saint John	30.0 %	25.0 %	15.8 %	10.8 %	4.2 %	4.2 %	10.0 %	205
RRS 3	Hôpital régional Dr Everett Chalmers	24.8 %	34.9 %	22.0 %	7.3 %	0.0 %	0.0 %	11.0 %	170
RRS 4	Hôpital régional d'Edmundston	35.7 %	28.6 %	10.7 %	14.3 %	3.6 %	3.6 %	3.6 %	44
RRS 5	Hôpital régional de Campbellton	100.0 %	0.0 %	0.0 %	0.0 %	0.0 %	0.0 %	0.0 %	28
RRS 6	Hôpital régional Chaleur	38.2 %	20.6 %	20.6 %	17.6 %	0.0 %	0.0 %	2.9 %	43
RRS 7	Hôpital régional de Miramichi	45.0 %	40.0 %	10.0 %	5.0 %	0.0 %	0.0 %	0.0 %	40
Délai d'attente provincial		40.6 %	25.5 %	15.2 %	7.7 %	1.9 %	2.1 %	6.9 %	756

Percentage of Hysterectomy Surgeries Completed by Wait Time Category in Months April 2005 - March 2006 by RHA

RHA	Facility **If more than one facility in an RHA is listed, then a RHA total is included	Less than 3 months	Between 3 & 6 months	Between 6 and 9 months	Between 9 and 12 months	Between 12 and 18 months	Between 18 and 24 months	Over 24 months	Number of Total Surgical Cases Completed
RHA 1B	Dr. Georges-L. Dumont Regional Hosp.	51.3%	25.3%	10.8%	3.8%	6.3%	1.3%	1.3%	205
RHA 1SE	The Moncton Hosp.	43.3%	27.6%	11.0%	6.7%	6.7%	1.6%	3.1%	259
RHA 2	Saint John Regional Hosp.	44.1%	28.8%	12.7%	6.9%	3.3%	3.3%	1.0%	323
RHA 3	Dr. Everett Chalmers Regional Hosp. Hôtel-Dieu of St.-Joseph Hosp.	36.4%	28.0%	14.2%	8.4%	7.1%	2.5%	3.3%	246
RHA 3	RHA 3 Total	90.0%	10.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	11
RHA 4	Edmundston Regional Hosp.	38.6%	27.3%	13.7%	8.0%	6.8%	2.4%	3.2%	257
RHA 4	Grand Falls General Hosp.	55.7%	21.3%	9.8%	0.0%	3.3%	1.6%	8.2%	64
RHA 4	RHA 4 Total	86.7%	6.7%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	6.7%	16
RHA 5	Campbellton Regional Hosp.	61.8%	18.4%	7.9%	0.0%	2.6%	1.3%	7.9%	80
RHA 6	Chaleur Regional Hosp.	83.9%	9.7%	6.5%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	62
RHA 7	Miramichi Regional Hosp.	35.1%	28.2%	12.2%	7.4%	5.9%	4.3%	6.9%	189
See Note 1									58
Provincial Wait Time		45.4%	26.2%	11.7%	6.0%	5.2%	2.4%	3.1%	1,433

Note 1: At this time we are unable to report these wait times due to current data collection methodology.

Chirurgies de l'hystérectomie complétées, par catégorie de délai d'attente en mois, avril 2005 à mars 2006, par RRS

RRS	Etablissement **S'il y a plus d'un établissement dans la RRS, le total pour la RRS est inclus.	Moins de trois mois	De trois à six mois	De six à neuf mois	De neuf à 12 mois	De 12 à 18 mois	De 18 à 24 mois	Plus de 24 mois	Nombre total de chirurgies
RRS 1B	Hôpital régional Dr-Georges-L.-Dumont	51.3%	25.3%	10.8%	3.8%	6.3%	1.3%	1.3%	205
RRS 1SE	The Moncton Hosp.	43.3%	27.6%	11.0%	6.7%	6.7%	1.6%	3.1%	259
RRS 2	Hôpital régional de Saint John	44.1%	28.8%	12.7%	6.9%	3.3%	3.3%	1.0%	323
RRS 3	Hôpital régional Dr Everett Chalmers Hôpital Hôtel-Dieu of St-Joseph	36.4%	28.0%	14.2%	8.4%	7.1%	2.5%	3.3%	246
RRS 3	RRS 3 Total	90.0%	10.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	11
RRS 4	Hôpital régional d'Edmundston	38.6%	27.3%	13.7%	8.0%	6.8%	2.4%	3.2%	257
RRS 4	Hôpital de Grand-Sault	55.7%	21.3%	9.8%	0.0%	3.3%	1.6%	8.2%	64
RRS 4	RRS 4 Total	86.7%	6.7%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	6.7%	16
RRS 5	Hôpital régional de Campbellton	61.8%	18.4%	7.9%	0.0%	2.6%	1.3%	7.9%	80
RRS 6	Hôpital régional Chaleur	83.9%	9.7%	6.5%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	62
RRS 7	Hôpital régional de Miramichi	35.1%	28.2%	12.2%	7.4%	5.9%	4.3%	6.9%	189
See Note 1									58
Délai d'attente provincial		45.4 %	26.2 %	11.7 %	6.0 %	5.2 %	2.4 %	3.1 %	1 433

Note 1: Pour le moment, il n'est pas possible de comptabiliser ces temps d'attente dû à la méthode courante de collecte de données.

Percentage of Knee Replacement Surgeries Completed by Wait Time Category in Months April 2005 - March 2006 by RHA

RHA	Facility **If more than one facility in an RHA is listed, then a RHA total is included	Less than 3 months	Between 3 & 6 months	Between 6 and 9 months	Between 9 and 12 months	Between 12 and 18 months	Between 18 and 24 months	Over 24 months	Number of Total Surgical Cases Completed
RHA 1B	Dr. Georges-L. Dumont Regional Hosp.	28.7%	19.5%	17.2%	8.0%	13.8%	9.2%	3.4%	90
RHA 1SE	The Moncton Hosp.	49.2%	21.9%	10.4%	4.9%	9.8%	2.2%	1.6%	192
RHA 2	Saint John Regional Hosp.	8.2%	29.9%	20.3%	19.0%	11.7%	5.6%	5.2%	237
RHA 3	Dr. Everett Chalmers Regional Hosp.	23.1%	18.6%	29.1%	14.6%	9.5%	2.5%	2.5%	204
RHA 4	Edmundston Regional Hosp.	27.6%	17.2%	13.8%	13.8%	10.3%	10.3%	6.9%	29
RHA 5	Campbellton Regional Hosp.	70.0%	20.0%	5.0%	5.0%	0.0%	0.0%	0.0%	20
RHA 6	Chaleur Regional Hosp.	25.5%	31.9%	19.1%	19.1%	2.1%	0.0%	2.1%	47
RHA 7	Miramichi Regional Hosp.	38.6%	36.4%	13.6%	9.1%	2.3%	0.0%	0.0%	44
Provincial Wait Time		27.5%	24.2%	18.9%	12.7%	9.6%	3.9%	3.1%	863

Remplacements du genou complétés en pourcentage, par catégorie de délai d'attente en mois, avril 2005 à mars 2006, par RRS

RRS	Établissement **S'il y a plus d'un établissement dans la RRS, le total pour la RRS est inclus.	Moins de trois mois	De trois à six mois	De six à neuf mois	De neuf à 12 mois	De 12 à 18 mois	De 18 à 24 mois	Plus de 24 mois	Nombre total de chirurgies
RRS 1B	Hôpital régional Dr-Georges-L.-Dumont	28,7 %	19,5 %	17,2 %	8,0 %	13,8 %	9,2 %	3,4 %	90
RRS 1SE	The Moncton Hosp.	49,2 %	21,9 %	10,4 %	4,9 %	9,8 %	2,2 %	1,6 %	192
RRS 2	Hôpital régional de Saint John	8,2 %	29,9 %	20,3 %	19,0 %	11,7 %	5,6 %	5,2 %	237
RRS 3	Hôpital régional Dr Everett Chalmers	23,1 %	18,6 %	29,1 %	14,6 %	9,5 %	2,5 %	2,5 %	204
RRS 4	Hôpital régional d'Edmundston	27,6 %	17,2 %	13,8 %	13,8 %	10,3 %	10,3 %	6,9 %	29
RRS 5	Hôpital régional de Campbellton	70,0 %	20,0 %	5,0 %	5,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	20
RRS 6	Hôpital régional Chaleur	25,5 %	31,9 %	19,1 %	19,1 %	2,1 %	0,0 %	2,1 %	47
RRS 7	Hôpital régional de Miramichi	38,6 %	36,4 %	13,6 %	9,1 %	2,3 %	0,0 %	0,0 %	44
Délai d'attente provincial		27,5 %	24,2 %	18,9 %	12,7 %	9,6 %	3,9 %	3,1 %	863

Percentage of Myringotomy Surgeries Completed by Wait Time Category in Months April 2005 - March 2006 by RHA

RHA	Facility **If more than one facility in an RHA is listed, then a RHA total is included	Less than 3 months	Between 3 & 6 months	Between 6 and 9 months	Between 9 and 12 months	Between 12 and 18 months	Between 18 and 24 months	Over 24 months	Number of Total Surgical Cases Completed
RHA 1B	Dr. Georges-L. Dumont Regional Hosp.	50.9%	21.1%	6.2%	4.3%	1.2%	3.7%	12.4%	170
RHA 1SE	The Moncton Hosp.	51.6%	18.8%	3.2%	3.5%	4.1%	4.4%	14.4%	354
RHA 2	Saint John Regional Hosp.	36.7%	46.7%	10.0%	0.0%	0.0%	0.0%	6.7%	33
	St. Joseph's Hosp.	44.3%	23.2%	14.8%	3.0%	4.9%	3.0%	6.9%	212
	Charlotte County Hosp.	76.9%	15.4%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	7.7%	13
	Sussex Health Centre	56.0%	24.0%	8.0%	0.0%	0.0%	8.0%	4.0%	26
RHA 2	RHA 2 Total	46.1%	25.5%	12.9%	2.2%	3.7%	3.0%	6.6%	284
RHA 3	Dr. Everett Chalmers Regional Hosp.	89.9%	7.2%	1.4%	0.0%	1.4%	0.0%	0.0%	70
	Oromocto Public Hosp.	95.9%	3.1%	0.0%	1.0%	0.0%	0.0%	0.0%	98
RHA 3	RHA 3 Total	93.4%	4.8%	0.6%	0.6%	0.6%	0.0%	0.0%	168
RHA 4	Edmundston Regional Hosp.	61.1%	16.7%	5.6%	5.6%	0.0%	5.6%	5.6%	20
	Grand Falls General Hosp.	91.7%	4.2%	4.2%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	24
RHA 4	RHA 4 Total	78.6%	9.5%	4.8%	2.4%	0.0%	2.4%	2.4%	44
RHA 5	Campbellton Regional Hosp.	68.8%	6.3%	12.5%	0.0%	6.3%	6.3%	0.0%	16
RHA 6	Chaleur Regional Hosp.	77.8%	10.5%	2.5%	3.1%	1.2%	1.2%	3.7%	164
RHA 7	Miramichi Regional Hosp.	83.1%	11.3%	0.0%	0.0%	1.4%	1.4%	2.8%	72
Provincial Wait Time		62.4%	16.7%	5.3%	2.6%	2.5%	2.8%	7.8%	1,272

Chirurgies pour tympanotomie complétées en pourcentage, par catégorie de délai d'attente en mois, avril 2005 à mars 2006, par RRS

RRS	Établissement **S'il y a plus d'un établissement dans la RRS, le total pour la RRS est inclus.	Moins de trois mois	De trois à six mois	De six à neuf mois	De neuf à 12 mois	De 12 à 18 mois	De 18 à 24 mois	Plus de 24 mois	Nombre total de chirurgies
RRS 1B	Hôpital régional Dr-Georges-L.-Dumont	50,9 %	21,1 %	6,2 %	4,3 %	1,2 %	3,7 %	12,4 %	170
RRS 1SE	The Moncton Hosp.	51,6 %	18,8 %	3,2 %	3,5 %	4,1 %	4,4 %	14,4 %	354
RRS 2	Hôpital régional de Saint John	36,7 %	46,7 %	10,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	6,7 %	33
	Hôpital St. Joseph	44,3 %	23,2 %	14,8 %	3,0 %	4,9 %	3,0 %	6,9 %	212
	Hôpital du comté de Charlotte	76,9 %	15,4 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	7,7 %	13
	Centre de santé de Sussex	56,0 %	24,0 %	8,0 %	0,0 %	0,0 %	8,0 %	4,0 %	26
RRS 2	RRS 2 Total	46,1 %	25,5 %	12,9 %	2,2 %	3,7 %	3,0 %	6,6 %	284
RRS 3	Hôpital régional Dr Everett Chalmers	89,9 %	7,2 %	1,4 %	0,0 %	1,4 %	0,0 %	0,0 %	70
	Hôpital public d'Oromocto	95,9 %	3,1 %	0,0 %	1,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	98
RRS 3	RRS 3 Total	93,4 %	4,8 %	0,6 %	0,6 %	0,6 %	0,0 %	0,0 %	168
RRS 4	Hôpital régional d'Edmundston	61,1 %	16,7 %	5,6 %	5,6 %	0,0 %	5,6 %	5,6 %	20
	Hôpital de Grand-Sault	91,7 %	4,2 %	4,2 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	24
RRS 4	RRS 4 Total	78,6 %	9,5 %	4,8 %	2,4 %	0,0 %	2,4 %	2,4 %	44
RRS 5	Hôpital régional de Campbellton	68,8 %	6,3 %	12,5 %	0,0 %	6,3 %	6,3 %	0,0 %	16
RRS 6	Hôpital régional Chaleur	77,8 %	10,5 %	2,5 %	3,1 %	1,2 %	1,2 %	3,7 %	164
RRS 7	Hôpital régional de Miramichi	83,1 %	11,3 %	0,0 %	0,0 %	1,4 %	1,4 %	2,8 %	72
Délai d'attente provincial		62,4 %	16,7 %	5,3 %	2,6 %	2,5 %	2,8 %	7,8 %	1 272

Percentage of Prostatectomy Surgeries Completed by Wait Time Category in Months April 2005 - March 2006 by RHA

RHA	Facility **If more than one facility in an RHA is listed, then a RHA total is included	Less than 3 months	Between 3 & 6 months	Between 6 and 9 months	Between 9 and 12 months	Between 12 and 18 months	Between 18 and 24 months	Over 24 months	Number of Total Surgical Cases Completed
RHA 1B	Dr. Georges-L. Dumont Regional Hosp.	64.9%	18.1%	5.3%	2.1%	2.1%	3.2%	4.3%	95
RHA 1SE	The Moncton Hosp.	61.7%	26.2%	7.5%	0.9%	0.0%	1.9%	1.9%	112
RHA 2	Saint John Regional Hosp.	61.6%	20.9%	6.6%	1.4%	2.8%	3.8%	2.8%	237
RHA 3	Dr. Everett Chalmers Regional Hosp.	62.7%	22.5%	4.2%	2.8%	2.8%	2.8%	2.1%	158
RHA 4	Edmundston Regional Hosp.					See note 1			18
RHA 5	Campbellton Regional Hosp.					See note 1			31
RHA 6	Chaleur Regional Hosp.	70.1%	17.9%	6.0%	3.7%	0.7%	0.0%	1.5%	141
RHA 7	Miramichi Regional Hosp.					See note 1			85
Provincial Wait Time		64.0%	21.1%	6.0%	2.2%	1.9%	2.5%	2.5%	877
Note 1: At this time we are unable to report these wait times due to current data collection methodology									

Chirurgies de prostatectomie complétées en pourcentage, par catégorie de délai d'attente en mois, avril 2005 à mars 2006, par RRS

RRS	Etablissement **S'il y a plus d'un établissement dans la RRS, le total pour la RRS est inclus.	Moins de trois mois	De trois à six mois	De six à neuf mois	De neuf à 12 mois	De 12 à 18 mois	De 18 à 24 mois	Plus de 24 mois	Nombre total de chirurgies
RRS 1B	Hôpital régional Dr-Georges-L.-Dumont	64.9 %	18.1 %	5.3 %	2.1 %	2.1 %	3.2 %	4.3 %	95
RRS 1SE	The Moncton Hosp.	61.7 %	26.2 %	7.5 %	0.9 %	0.0 %	1.9 %	1.9 %	112
RRS 2	Hôpital régional de Saint John	61.6 %	20.9 %	6.6 %	1.4 %	2.8 %	3.8 %	2.8 %	237
RRS 3	Hôpital régional Dr Everett Chalmers	62.7 %	22.5 %	4.2 %	2.8 %	2.8 %	2.8 %	2.1 %	158
RRS 4	Hôpital régional d'Edmundston					See note 1			18
RRS 5	Hôpital régional de Campbellton					See note 1			31
RRS 6	Hôpital régional Chaleur	70.1 %	17.9 %	6.0 %	3.7 %	0.7 %	0.0 %	1.5 %	141
RRS 7	Hôpital régional de Miramichi					See note 1			85
Délai d'attente provincial		64.0 %	21.1 %	6.0 %	2.2 %	1.9 %	2.5 %	2.5 %	877
Note 1: Pour le moment, il n'est pas possible de comptabiliser ces temps d'attente dû à la méthode courante de collecte de données									

Percentage of Tonsillectomy and/or Adenoidectomy Surgeries Completed by Wait Time Category in Months April 2005 - March 2006 by RHA

RHA	Facility **If more than one facility in an RHA is listed, then a RHA total is included	Less than 3 months	Between 3 & 6 months	Between 6 and 9 months	Between 9 and 12 months	Between 12 and 18 months	Between 18 and 24 months	Over 24 months	Number of Total Surgical Cases Completed
RHA 1B	Dr. Georges-L. Dumont Regional Hosp.	46.0%	37.3%	6.2%	2.5%	5.0%	1.2%	1.9%	172
RHA 1SE	The Moncton Hosp.	52.9%	27.5%	7.1%	4.7%	2.7%	2.0%	3.1%	306
RHA 2	Saint John Regional Hosp.	36.2%	37.2%	18.6%	4.0%	2.5%	1.0%	0.5%	204
	St. Joseph's Hosp.	30.1%	34.4%	16.7%	9.7%	5.4%	0.0%	3.8%	190
	Charlotte County Hosp.	50.0%	23.3%	23.3%	3.3%	0.0%	0.0%	0.0%	30
	Sussex Health Centre	54.5%	18.2%	0.0%	18.2%	0.0%	0.0%	9.1%	11
RHA 2	RHA 2 Total	35.0%	34.5%	17.6%	6.8%	3.5%	0.5%	2.1%	435
RHA 3	Dr. Everett Chalmers Regional Hosp.	56.0%	36.3%	6.2%	0.5%	0.5%	0.5%	0.0%	195
RHA 4	Edmundston Regional Hosp.	16.3%	14.0%	14.0%	23.3%	16.3%	9.3%	7.0%	43
	Grand Falls General Hosp.	94.4%	2.8%	1.4%	1.4%	0.0%	0.0%	0.0%	73
RHA 4	RHA 4 Total	65.2%	7.0%	6.1%	9.6%	6.1%	3.5%	2.6%	116
RHA 5	Campbellton Regional Hosp.	37.5%	37.5%	12.5%	0.0%	12.5%	0.0%	0.0%	8
RHA 6	Chaleur Regional Hosp.	73.6%	11.3%	4.4%	4.1%	3.6%	1.6%	1.4%	369
RHA 7	Miramichi Regional Hosp.	44.3%	25.3%	8.9%	13.9%	5.1%	0.0%	2.5%	80
Provincial Wait Time		52.9%	26.2%	9.1%	5.2%	3.5%	1.3%	1.9%	1,681

Chirurgie amygdalectomie et/ou adénoïdectomie complétées en pourcentage, par catégorie de délai d'attente en mois, avril 2005 à mars 2006, par RRS

RRS	Etablissement **S'il y a plus d'un établissement dans la RRS, le total pour la RRS est inclus.	Moins de trois mois	De trois à six mois	De six à neuf mois	De neuf à 12 mois	De 12 à 18 mois	De 18 à 24 mois	Plus de 24 mois	Nombre total de chirurgies
RRS 1B	Hôpital régional Dr-Georges-L.-Dumont	46.0 %	37.3 %	6.2 %	2.5 %	5.0 %	1.2 %	1.9 %	172
RRS 1SE	The Moncton Hosp.	52.9 %	27.5 %	7.1 %	4.7 %	2.7 %	2.0 %	3.1 %	306
RRS 2	Hôpital régional de Saint John	36.2 %	37.2 %	18.6 %	4.0 %	2.5 %	1.0 %	0.5 %	204
	Hôpital St. Joseph	30.1 %	34.4 %	16.7 %	9.7 %	5.4 %	0.0 %	3.8 %	190
	Hôpital du comté de Charlotte	50.0 %	23.3 %	23.3 %	3.3 %	0.0 %	0.0 %	0.0 %	30
	Centre de santé de Sussex	54.5 %	18.2 %	0.0 %	18.2 %	0.0 %	0.0 %	9.1 %	11
RRS 2	RRS 2 Total	35.0 %	34.5 %	17.6 %	6.8 %	3.5 %	0.5 %	2.1 %	435
RRS 3	Hôpital régional Dr Everett Chalmers	56.0 %	36.3 %	6.2 %	0.5 %	0.5 %	0.5 %	0.0 %	195
RRS 4	Hôpital régional d'Edmundston	16.3 %	14.0 %	14.0 %	23.3 %	16.3 %	9.3 %	7.0 %	43
	Hôpital de Grand-Sault	94.4 %	2.8 %	1.4 %	1.4 %	0.0 %	0.0 %	0.0 %	73
RRS 4	RRS 4 Total	65.2 %	7.0 %	6.1 %	9.6 %	6.1 %	3.5 %	2.6 %	116
RRS 5	Hôpital régional de Campbellton	37.5 %	37.5 %	12.5 %	0.0 %	12.5 %	0.0 %	0.0 %	8
RRS 6	Hôpital régional Chaleur	73.6 %	11.3 %	4.4 %	4.1 %	3.6 %	1.6 %	1.4 %	369
RRS 7	Hôpital régional de Miramichi	44.3 %	25.3 %	8.9 %	13.9 %	5.1 %	0.0 %	2.5 %	80
Délai d'attente provincial		52,9 %	26,2 %	9,1 %	5,2 %	3,5 %	1,3 %	1,9 %	1 681

Metabolic/Genetic Newborn Screening Service

In March 2007 metabolic/genetic newborn screening services were expanded.

In addition to the current testing for Phenylketonuria (PKU) and Congenital Thyroid (CH), New Brunswick newborns are now screened for the following additional metabolic and genetic disorders:

- Medium Chain acyl-CoA Dehydrogenase Deficiency (MCAD)
- Carnitine Reuptake Deficiency (CUD)
- Carnitinepalmitoyl Transferase Type I and II (CPTI and CPTII)
- Carnitinepalmitoyl Translocase Deficiency (CTL)
- Glutaric Acidemia Type I and II (GAI and GAII)
- Isovaleric Acidemia (IVA)
- Long Chain Hydroxy acyl-CoA Dehydrogenase Deficiency (LCHAD)
- Maple Syrup Urine Disease (MSUD)
- Very Long Chain acyl-CoA Dehydrogenase Deficiency (VLCAD)

The provincial metabolic/genetic newborn screening services involve the following: screening, tracking, positive test result confirmation, notification of confirmed positive test results to physicians and monitoring through a provincial computerized database.

With early detection of disorder, the physician or specialized team can promptly initiate treatment to avoid complications and prevent irreversible health problems, developmental disabilities or death.

The New Brunswick Neonatal Screening Advisory Group (NBNSAG) was established in June 2006 to support the Department of Health (DH) on matters relating to metabolic/genetic newborn screening.

Universal Newborn Infant Hearing Screening Program

New Brunswick was one of the original Canadian jurisdictions to establish a program for universal newborn and infant hearing screening. The New Brunswick Universal Newborn and Infant Hearing Screening Program (UNIHSPP) involves the following: screening, diagnosis by three months of age, intervention by appropriate service providers, and monitoring through a computerized database.

Benchmarks identified by audiologists providing this service include a 95 per cent screening rate during birth admissions, diagnosis of hearing loss within four months of birth and amplification, when appropriate, of babies identified with hearing loss within six months of birth. Given the relationship of hearing to language acquisition and the importance of solid receptive vocabulary skills for school success upon kindergarten entry, this program's objective to identify and fit amplification for children earlier will help ensure that

Service de dépistage des troubles métaboliques et génétiques chez les nouveau-nés

En mars 2007, le service de dépistage de troubles métaboliques et génétiques chez les nouveau-nés a été élargi.

En plus des tests actuels de dépistage de la phénylcétonurie (PCU) et de la thyroïde congénitale (CH), les nouveau-nés du Nouveau-Brunswick sont maintenant examinés pour les autres troubles métaboliques et génétiques suivants :

- Déficit en acyl CoA déshydrogénase à chaîne moyenne (MCAD),
- Déficit du recaptage de carnitine (CUD),
- Carnitine palmityl transférase de type I et II (CPTI et CPTII),
- Déficit en carnitine palmityl translocase (CTL),
- Acidémie glutarique de type I et II (GAI et GAII),
- Acidémie isovalérique (IVA),
- Déficit en hydroxy acyl CoA déshydrogénase à longue chaîne (LCHAD),
- Maladie d'es urines à odeur de sirop d'érable (MSUD),
- Déficit en acyl CoA déshydrogénase à très longue chaîne (VLCAD).

Le service provincial de dépistage des troubles métaboliques et génétiques chez les nouveau-nés comprend les composantes suivantes : dépistage, suivi, confirmation des résultats de tests positifs, avis des résultats de tests positifs confirmés aux médecins et surveillance au moyen d'une base de données informatisée provinciale.

Grâce au dépistage précoce, le médecin ou l'équipe spécialisée peut entreprendre le traitement immédiatement pour prévenir les complications et des problèmes de santé irréversibles, des déficiences développementales ou la mort.

Le Groupe consultatif sur le dépistage chez les nouveau-nés du Nouveau-Brunswick a été créé en juin 2006 afin d'appuyer le ministère de la Santé sur des questions ayant trait au dépistage des troubles métaboliques et génétiques chez les nouveau-nés.

Programme universel de dépistage auditif chez les nouveau-nés et les nourrissons

Le Nouveau-Brunswick a été l'une des premières provinces canadiennes à établir un programme de dépistage auditif chez les nouveau-nés et les nourrissons. Le Programme universel de dépistage auditif chez les nouveau-nés et les nourrissons du Nouveau-Brunswick comprend les volets suivants : dépistage, diagnostic avant l'âge de trois mois, intervention par les fournisseurs de services compétents et surveillance à l'aide d'une base de données informatisée.

Les points de référence déterminés par des audiologistes du programme comprennent un taux de dépistage de 95 pour cent à l'admission à la naissance, le diagnostic de perte d'audition dans un délai de quatre mois après la naissance et la prestation de services d'amplification, s'il y a lieu, pour les bébés chez qui on a diagnostiqué une perte d'audition dans les six mois après la naissance. Étant donné la relation entre l'audition et l'acquisition du langage, et l'importance de solides capacités réceptives de vocabulaire pour le succès scolaire à l'entrée à la maternelle, l'objectif de ce programme, qui est de dépister les problèmes d'audition chez les enfants et de leur

key developmental milestones are achieved.

Since inception, the program has identified 44 infants born with a permanent hearing loss. This earlier identification of hearing loss ensures that these children receive the appropriate equipment, rehabilitation and support during the formative years.

offrir des services d'amplification plus tôt, permettra aux enfants de profiter d'une intervention précoce qui favorisera l'atteinte des jalons clés du développement.

Depuis le début, le programme a permis de détecter une perte auditive permanente chez 44 nourrissons. Ce dépistage précoce de la perte auditive permet de s'assurer que ces enfants recevront l'équipement, la réadaptation et le soutien adéquats au cours des années de formation.

Universal Newborn Infant Hearing Screening Program - Sensorineural Hearing Loss Identification By RHA Programme universel de dépistage auditif chez les nouveau-nés et les nourrissons - Dépistage de la surdité de perception, par RRS

Regional Health Authority/ Régie régionale de la santé	2003-04	2004-05	2005-06	2006-07
RHA 1B/RRS 1B	0	1	0	0
RHA 1SE/RRS 1SE	3	3	2	4
RHA 2/RRS 2	4	3	3	4
RHA 3/RRS 3	1	0	3	2
RHA 4/RRS 4	0	0	1	0
RHA 5/RRS 5	0	0	0	0
RHA 6/RRS 6	1	1	1	2
RHA 7/RRS 7	0	1	0	1
AnnualTotal/Total annuel	9	9	10	9
CumulativeTotal/Total cumulatif	12	21	31	44

Cochlear Implant Follow-Up Services

The provincial cochlear implant follow-up service does not replace the surgical services currently provided out of province; rather it offers services closer to home for post-surgical procedures related to cochlear implant mapping and equipment maintenance. Services are provided by audiologists with access to ear, nose and throat services, speech language pathology, and social work if required for patients. Services are provided in collaboration with the patient's surgical centre to ensure continuity of care and client-centered service delivery.

As of 2006-07, there were 47 New Brunswickers receiving cochlear implant follow-up services through the Chaleur Regional Hospital. In February 2007, the Cochlear Implant Program hosted the New Brunswick Forum on Cochlear Implants. This forum attracted participation from various service providers and regions to receive professional development from cochlear implant manufacturers and cochlear implant users.

Services de suivi pour personnes porteuses d'implants cochléaires

Le service provincial de suivi pour les personnes porteuses d'implants cochléaires ne remplace pas les services chirurgicaux actuellement offerts à l'extérieur de la province. Il offre plutôt des services aux patients plus près de chez eux pour les interventions postopératoires relatives à la cartographie auditive pour l'insertion de l'implant cochléaire et à l'entretien des appareils. Les services sont assurés par des audiologistes avec accès, au besoin, à des services d'oto-rhino-laryngologie, d'orthophonie et de travail social. Les services sont offerts en collaboration avec le centre de chirurgie du patient afin de garantir la continuité des soins et des services axés sur le client.

En 2006-2007, 47 Néo-Brunswickois porteurs d'implants cochléaires ont reçu des services de suivi à l'hôpital régional Chaleur. En février 2007, le forum du Nouveau-Brunswick sur les implants cochléaires a été organisé dans le cadre du Programme d'implants cochléaires. Il a attiré des fournisseurs de services de différentes régions qui ont suivi le perfectionnement professionnel offerts par des fabricants d'implants cochléaires et des utilisateurs.

Distribution of Clients by Health Region/Répartition des clients par région sanitaire

Region/ Région 6	Region/ Région 7	Region/ Région 1	Region/ Région 3	Region/ Région 5	Region/ Région 2	Region/ Région 4	Total
19	7	9	6	3	2	1	47

Distribution of Clients: Adults versus Children/ Répartition des clients : adultes par rapport aux enfants

Adults/Adultes	Children/Enfants	Total
19	28	47

PET- CT

In June 2005, government announced the introduction of a new provincial PET-CT service. The PET-CT technology combines the benefits of a Positron Emission Tomography (PET) scanner and a Computerized Tomography (CT) scanner in one state-of-the-art medical imaging device.

This provincial service officially opened at the Saint John Regional Hospital on Nov. 10, 2006, offering PET-CT examinations to New Brunswick patients with certain oncology conditions. A maximum of 300 examinations per year was set to begin the service. This translates into six scheduled patients per day, one day per week.

This service is being offered through a Health Canada approved research trial application, as is the case with similar services across Canada. A Provincial PET-CT Advisory Committee met regularly and developed clinical guidelines specific to the research project. Those guidelines have to be followed by the research team and by the referring physicians that are involved with the management and treatment of oncology patients.

This provincial service will also be offered at the Dr-Georges-L.-Dumont Regional Hospital in Moncton. Construction is required to accommodate this new service and a specific timeframe is being developed.

Organ and Tissue Procurement

The New Brunswick Organ and Tissue Procurement Program participated in a Collaborative initiative to increase organ donation rates. This initiative was sponsored by the Canadian Council on Donation and Transplantation (CCDT). Two Organ Procurement Officers and four staff from the South-East Regional Health Authority actively participated in the initiative. Some of the objectives of the initiative were to increase organ donation by 10 per cent in participating centres, to increase the number of organs retrieved per donor and to ensure that every potential donor is identified and referred to the New Brunswick Organ and Tissue Procurement Program. The New Brunswick team identified clinical triggers that indicate neurological death and established best practice models.

In an on-going effort to make New Brunswick residents aware of the option of organ and tissue donation, Hospital Services Branch, in collaboration with Medicare, established a process that has made the New Brunswick Medicare card the New Brunswick organ donor card. Since January 2007, all Medicare renewal forms contain a consent form for organ and tissue donation. Once this signed consent form is returned to Medicare the client's new card has the words "Donor/Donneur" embossed on it. For those clients who are not currently in the renewal process, the client can be issued a temporary sticker for their Medicare card by calling the toll-free Service New Brunswick number. They are sent a consent form and, once it has been returned, the sticker is sent to them. As of March 31, 2007, 228,081 New Brunswickers had indicated that they wished to be donors, 193,428 indicated that they did not want to be donors and a further 305,148 New Brunswickers have not as yet made their wishes known.

TEP-CT

En juin 2005, le gouvernement a annoncé l'ajout d'un nouveau service provincial de TEP-CT. La technologie TEP-CT regroupe les avantages de la tomographie par émission de positrons (TEP) et la tomographie par ordinateur (CT) en un seul appareil d'imagerie de diagnostic de pointe.

Ce service provincial a été officiellement inauguré à l'hôpital régional de Saint John, le 10 novembre 2006, et offre des examens TEP-CT à tous les patients du Nouveau-Brunswick ayant certaines conditions oncologiques. Au total, 300 examens par année ont été fixés comme exigence pour la mise en œuvre du service, ce qui se traduit par six patients par jour, un jour par semaine.

Le service est offert dans le cadre d'une demande d'essai de recherche approuvée par Santé Canada, comme c'est le cas pour des services semblables au Canada. Le Comité consultatif provincial du service TEP-CT s'est réuni régulièrement et a établi les directives cliniques pour le projet de recherche. L'équipe de recherche et les médecins qui participent à la gestion et au traitement des patients en oncologie doivent suivre ces directives.

Ce service provincial sera aussi offert à l'hôpital régional D' Georges-L.-Dumont, à Moncton. Les travaux de construction devraient permettre d'offrir ce nouveau service. Un échéancier particulier est en voie d'élaboration.

Dons d'organes et de tissus

Le Programme de dons d'organes et de tissus du Nouveau-Brunswick a contribué à un projet mené en collaboration visant à accroître le nombre de dons d'organes. Cette collaboration a été parrainée par le Conseil canadien pour le don et la transplantation (CCDT). Deux agents responsables des dons d'organes et quatre membres du personnel de la régie régionale de la santé du Sud-Est ont participé activement à ce projet. Certains objectifs étaient d'accroître les dons d'organes de 10 pour cent dans les centres participants et le nombre d'organes prélevés par donneur, et d'assurer que chaque donneur potentiel est identifié et dirigé vers le Programme de dons d'organes et de tissus du Nouveau-Brunswick. L'équipe du Nouveau-Brunswick a déterminé les éléments cliniques qui indiquent une mort neurologique et a établi des modèles de pratique exemplaire.

Dans un effort continu pour sensibiliser les résidents du Nouveau-Brunswick au don d'organes et de tissus, la Direction des services hospitaliers, en collaboration avec l'Assurance-maladie, a établi un processus selon lequel la carte de l'Assurance-maladie du Nouveau-Brunswick peut également servir de carte de dons d'organes du Nouveau-Brunswick. Depuis janvier 2007, tous les formulaires de renouvellement de l'Assurance-maladie comprennent un formulaire de consentement au don d'organes et de tissus. Lorsque le formulaire de consentement signé est retourné à l'Assurance-maladie, la nouvelle carte du client comprend les mots « donor/donneur » en relief. Pour les clients qui ne figurent pas encore dans le processus de renouvellement, un système a été établi. Le client peut obtenir un autocollant temporaire pour sa carte de l'Assurance-maladie en composant le numéro sans frais de Services Nouveau-Brunswick. Le client recevra un formulaire de consentement. Lorsqu'il aura retourné le formulaire, le client recevra l'autocollant. Au 31 mars 2007, 228 081 Néo-Brunswickois ont indiqué qu'ils souhaitaient être donneurs, 193 428 qu'ils ne voulaient pas être donneurs et 305 148 Néo-Brunswickois n'avaient pas encore fait connaître leur souhait.

The 24-hour Organ and Tissue Donor Screening line continued to operate. As of March 31st, 2007, seven Regional Health Authorities were reporting deaths to this line. For the period ending March 31, 2007, the compliance rate was 65.6 per cent. Strategies to improve this rate are being developed.

Organ and Tissue

Year	2004-05	2005-06	2006-07
Number of Referrals	102	114	1446
Number of Donor-			
Organ Only	5	4	0
Organ and Tissue	7	11	10
Tissue Only	86	96	141
Total Number of Donors	98	111	151

Organs Procured

Heart	7	11	3
Liver	10	13	10
Lungs	2	16	4
Kidney	20	30	20
Pancreas	5	7	3

Tissues Procured

Heart for Valves	10	6	10
Cornea	174	201	287
Skin	20	20	16
Bone	30	28	21

Transplant Recipients

Kidney Recipients (Total)	27	21	21
Heart Recipients	5	3	5
Liver Recipients	6	6	10
Lung Recipients	3	5	5
Pancreas Recipients	4	1	0
Bone Marrow Recipients	7	5	1

Patients on Wait List (March 31, 2007)

Heart	1	1	0
Heart and Lung	0	0	0
Liver	7	8	9
Kidney	49	47	66
Kidney & Pancreas	0	0	0
Kidney & Heart	0	0	0
Pancreas	2	0	0
Lung	0	6	1

Patient Safety

In 2006-07, the first Patient Safety Framework and action plan were developed, highlighting the key principles of leadership, capacity building. This was built on a foundation of best practice, facilitating a culture of learning, the use of integrated collaborative approaches, and partnership with patients and families. In addition to developing the provincial framework and action plan, the province has actively participated in the Safer Healthcare Now (SHN) campaign. SHN is a national campaign focused on improving patient safety in hospitals by implementing six targeted interventions.

La ligne de dépistage des donneurs d'organes et de tissus accessible 24 heures sur 24 a continué d'être utilisée.

Au 31 mars 2007, sept régions régionales de la santé avaient signalé des décès sur cette ligne. Pour la période se terminant le 31 mars 2007, le taux de conformité était de 65,6 pour cent. Des stratégies visant à améliorer ce taux sont en voie d'élaboration.

Organes et tissus

Année	2004-2005	2005-2006	2006-2007
Nombre de donneurs dirigés	102	114	1 446
Nombre de donneurs-			
Organes seulement	5	4	0
Organes et tissus	7	11	10
Tissus seulement	86	96	141
Nombre total de donneurs	98	111	151

Organes donnés

Cœur	7	11	3
Foie	10	13	10
Poumons	2	16	4
Reins	20	30	20
Pancréas	5	7	3

Tissus donnés

Cœur pour valvules cardiaques	10	6	10
Cornée	174	201	287
Peau	20	20	16
Os	30	28	21

Receveurs

Reins (total)	27	21	21
Cœur	5	3	5
Foie	6	6	10
Poumons	3	5	5
Pancréas	4	1	0
Moelle osseuse	7	5	1

Patients en attente d'une greffe (au 31 mars 2007)

Cœur	1	1	0
Cœur et poumons	0	0	0
Foie	7	8	9
Reins	49	47	66
Reins et pancréas	0	0	0
Reins et cœur	0	0	0
Pancréas	2	0	0
Poumon	0	6	1

Sécurité des patients

En 2006-2007, le premier cadre de sécurité des patients et un plan d'action ont été préparés. Ils faisaient ressortir les principaux principes suivants : leadership, renforcement des capacités, poursuite des activités en s'appuyant sur des pratiques exemplaires, développement d'une culture d'apprentissage et utilisation d'approches de collaboration intégrées et de partenariats avec les patients et leurs familles. En plus de l'élaboration du cadre provincial et du plan d'action, le gouvernement a participé activement à la campagne Soins de santé plus sécuritaires maintenant (SSPSM). Cette campagne nationale visait l'amélioration de la sécurité des patients dans les hôpitaux par la mise en œuvre de six interventions ciblées.

The six interventions of SHN are:

- *Improved care for Acute Myocardial Infarction:* Prevent deaths among patients hospitalized for acute myocardial infarction (AMI) by ensuring the reliable delivery of evidence-based care.
- *Prevention of Central Line-Associated Bloodstream Infection:* Prevent central venous catheter-related bloodstream infection (CR-BSI) and deaths from CR-BSI by implementing a set of evidence-based interventions in all patients requiring a central line.
- *Prevent adverse drug events (ADEs)* by implementing medication reconciliation.
- *Rapid Response Teams:* Prevent deaths in patients who are progressively failing outside the ICU by implementing rapid response teams.
- *Prevention of Surgical Site Infection:* Prevent surgical site infection (SSI) and deaths from SSI by implementing a set of evidence-based interventions in all surgical patients.
- *Prevent ventilator-associated pneumonia (VAP) and deaths from VAP and other complications in patients on ventilators* by implementing a set of interventions known as the "VAP bundle."

Through sponsorship of \$50,000 to the Safer Healthcare Now campaign by the province, each Regional Health Authority has had the opportunity to partner and benefit in the sharing of best practices through participating in one or more of the six interventions. Regional Health Authorities 1SE and 2 have been recognized nationally for their best practice approaches in medication reconciliation procedures and improved care for acute myocardial infarctions, respectively.

The New Brunswick Extra-Mural Program

The New Brunswick Extra-Mural Program (EMP) is a provincial home health-care program. Its mission is "to provide a comprehensive range of coordinated health care services for individuals of all ages for the purpose of promoting, maintaining or restoring health within the context of their daily lives, and to provide palliative services to support quality end of life care for individuals with progressive life threatening illnesses."

This mission is accomplished by providing services which include acute care, palliative care, long-term care, rehabilitation, and home oxygen therapy. The Extra-Mural Program professional service providers include registered dietitians, nurses, occupational therapists, physiotherapists, respiratory therapists, social workers, and speech language pathologists. Physicians are integral members of the EMP home health-care team in addition to other facility based and community based health services.

Services in EMP have evolved to continue to meet the ongoing needs of New Brunswickers for home health care services. Recent enhancements in acute and palliative care have been implemented to more

Voici les six interventions de SSPSM :

- *Soins améliorés en cas d'infarctus aigu du myocarde :* Prévenir les décès chez les patients hospitalisés en cas d'infarctus aigu du myocarde (IAM) en assurant une prestation fiable de soins fondés sur l'expérience clinique.
- *Prévention des infections liées aux cathéters intravasculaires centraux :* Prévenir les infections et les décès liés aux cathéters intravasculaires centraux (CIC) en mettant en œuvre un ensemble d'interventions fondées sur l'expérience clinique chez tous les patients nécessitant un cathéter central.
- *Prévention des événements iatrogènes médicamenteux,* à l'aide du bilan comparatif des médicaments.
- *Déploiement des équipes d'intervention rapide :* Prévenir les décès chez les patients dont la santé se détériore progressivement en dehors du service des soins intensifs.
- *Prévention des infections du site opératoire :* Prévenir les infections et les décès liés au site opératoire (ISO) en mettant en œuvre un ensemble d'interventions fondées sur l'expérience clinique chez tous les patients devant subir une intervention chirurgicale.
- *Prévention de la pneumonie sous ventilation assistée :* Prévenir la pneumonie sous ventilation assistée (PVA) et les décès qui en découlent et d'autres complications chez les patients en ventilation assistée en mettant en œuvre un ensemble d'interventions appelées « ensemble PVA ».

À l'aide d'une commandite de 50 000 \$ du gouvernement provincial à la campagne Soins de santé plus sécuritaires maintenant, chaque région régionale de la santé a pu créer un partenariat et bénéficier de l'échange des pratiques exemplaires en participant à une ou plusieurs de ces interventions. Les régions régionales de la santé 1SE et 2 ont été reconnues à l'échelle nationale pour leurs pratiques exemplaires dans les modalités du bilan comparatif des médicaments et pour les soins améliorés en cas d'infarctus aigu du myocarde, respectivement.

Programme extra-mural du Nouveau-Brunswick

Le Programme extra-mural (PEM) du Nouveau-Brunswick est un programme provincial de soins de santé à domicile dont la mission est « d'offrir une gamme complète de services de soins de santé coordonnés aux personnes de tout âge en vue de la promotion, du maintien ou du rétablissement de la santé dans le cadre de leur vie quotidienne, et d'offrir des services de soins palliatifs visant à soutenir la qualité de vie des personnes atteintes de maladies évolutives pouvant provoquer la mort. »

Cette mission est accomplie par la prestation d'un ensemble de services, y compris les soins aigus, les soins palliatifs, les soins de longue durée, la réadaptation et l'oxygénothérapie. Les professionnels du Programme extra-mural comprennent notamment des diététistes professionnelles, des infirmières et infirmiers, des ergothérapeutes, des physiothérapeutes, des inhalothérapeutes, des travailleurs sociaux et des orthophonistes. Les médecins sont des membres à part entière de l'équipe des soins à domicile du PEM en plus d'autres services de santé communautaires et en établissement.

Les services offerts par le PEM ont évolué pour continuer à répondre aux besoins actuels des résidents du Nouveau-Brunswick en matière de services de soins de santé à domicile. Des améliorations ont été apportées récemment aux soins

New Brunswick Extra-Mural Program

		2003-04	2004-05	2005-06	2006-07*
Rehabilitation Services***	Visits	83,656	88,015	88,774	88,813
	Telephone Contacts**	25,471	28,290	27,704	26,970
Nursing Services	Visits	293,968	289,337	307,077	305,105
	Telephone Contacts**	91,209	92,634	104,258	101,890
Other Clinical Services ****	Visits	45,178	43,318	43,860	42,599
	Telephone Contacts**	13,811	15,246	16,623	16,499
Grand Total		553,293	556,840	588,296	581,876
FTE's		633	645	682 ⁽¹⁾	693
Discharges		18,344	17,278	19,008	18,393
Gross Expenditures (\$M)		\$45	\$50	\$55	\$61
Average Cost / Visits		\$106.43	\$118.86	\$125.08	\$139.74
Average Cost / Discharges		\$2,453	\$2,894	\$2,894	\$3,316
* Preliminary Data ** Telephone contacts are clinical services provided over the phone to the clients and families. *** Rehab – includes the following professionals; occupational therapy, physiotherapy and speech language pathology. **** Other – includes the following professionals; social work, registered dietician, respiratory therapy. ⁽¹⁾ Restated / corrected from last year Source: Hospital Financial Utilization Management System (HFUMS) and EMP Information System (PtCT)					

Programme extra-mural du Nouveau-Brunswick

		2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007*
Services de réadaptation***	Consultations	83 656	88 015	88 774	88 813
	Appels téléphoniques**	25 471	28 290	27 704	26 970
Services infirmiers	Consultations	293 968	289 337	307 077	305 105
	Appels téléphoniques**	91 209	92 634	104 258	101 890
Autres services cliniques ****	Consultations	45 178	43 318	43 860	42 599
	Appels téléphoniques**	13 811	15 246	16 623	16 499
Total général		553 293	556 840	588 296	581 876
ETP		633	645	682 ⁽¹⁾	693
Congés		18 344	17 278	19 008	18 393
Dépenses brutes (en M\$)		45 \$	50 \$	55 \$	61 \$
Coût moyen par consultation		106,43 \$	118,86 \$	125,08 \$	139,74 \$
Coût moyen par congé		2 453 \$	2 894 \$	2 894 \$	3 316 \$
* Données préliminaires ** Les appels téléphoniques sont des services cliniques dispensés par téléphone aux clients et à leur famille. *** Services de réadaptation – comprend les services professionnels suivants : ergothérapie, physiothérapie et orthophonie. **** Autres services cliniques – comprend les services professionnels suivants : travailleur social, diététiste, inhalothérapeute. ⁽¹⁾ Données recalculées et corrigées de l'an dernier. Source : Système d'information de gestion financière et d'utilisation hospitalière (SIGFU) et système d'information sur le Programme extra-mural (PtCT)					

effectively care for individuals requiring these services at home. Approximately eight per cent of the EMP caseload receives palliative care. Palliative care guidelines have been developed for the consistent provision of care throughout the province.

Currently, approximately 58 per cent of the clients served by EMP are over the age of 65 (65-74 years – 14 per cent; 75-84 years – 23 per cent; and over 85 years

aigus et aux soins palliatifs afin d'offrir de meilleurs soins aux personnes nécessitant ces services à la maison. Environ huit pour cent des cas du PEM reçoivent des soins palliatifs. Des lignes directrices sur les soins palliatifs ont été élaborées afin d'assurer l'uniformité des soins dispensés dans la province.

À l'heure actuelle, environ 58 pour cent des clients qui ont reçu des services du PEM sont âgés de plus de 65 ans (de 65 à 74 ans – 14 pour cent, de 75 à 84 ans – 23 pour cent, de

- 20 per cent). Children and adolescents (0-18 years) make up 20 per cent of client services and adults (19-64 years) 20 per cent. Children and adolescents are served primarily by rehabilitation services in the home and school environments. Rehabilitation services are also provided to residents in nursing homes. Home oxygen therapy is provided to approximately five per cent of the EMP provincial caseload.

The EMP has over 693 funded full-time equivalent positions in the province. In 2006-07, 18,393 clients were discharged from the program and 436,517 visits (305,105 nursing visits and 131,412 other professional visits) were carried out along with 145,359 telephone contacts (provision of clinical service to client or family over the telephone). There were 24.4 discharges per 1,000 population estimate.

Rehabilitation Services

Rehabilitation services provide opportunities for New Brunswickers to prevent or adapt to loss of function, and/or restore function, in order to foster well-being, social integration and optimal independence. These services are delivered throughout New Brunswick by audiologists, occupational therapists, physiotherapists, and speech language pathologists.

Rehabilitation services are offered in a variety of settings and are delivered following a client-centred philosophy of service delivery. Services are provided by the Stan Cassidy Centre for Rehabilitation, which is the provincial tertiary rehabilitation centre; through all Regional Health Authorities via in-patient and outpatient services; and in the home and community by the New Brunswick Extra-Mural Program. In June 2006, the new facility for the Stan Cassidy Centre for Rehabilitation officially opened in Fredericton.

Hospital Rehabilitation Services¹

	Attendances	Telephone Contacts ²
Audiology	24,086	1,469
Occupational Therapy	103,247	2,971
Physiotherapy	292,399	3,488
Speech Language Pathology	33,943	3,411

¹ Source: Preliminary statistics from the Hospital Finance Utilization Management System

² Telephone Contact is service to clients over the telephone

Stan Cassidy Centre for Rehabilitation¹

	Attendances	Telephone Contacts ²
Occupational Therapy	4,045	370
Physiotherapy	5,154	174
Speech Language Pathology	926	86

¹ Source: Preliminary statistics from the Hospital Finance Utilization Management System

² Telephone Contact is service to clients over the telephone

85 ans et plus - 20 pour cent). Les enfants et les adolescents (de 0 à 18 ans) représentent 20 pour cent des clients recevant des services et les adultes (19 à 64 ans) constituent 20 pour cent des clients. Les besoins des enfants et des adolescents en matière de services ont trait principalement à la réadaptation en milieu scolaire ou à la maison. Des services de réadaptation sont également offerts aux clients des foyers de soins. L'oxygénothérapie est offerte à environ cinq pour cent des clients du PEM à l'échelle provinciale.

Le PME emploie plus de 693 équivalents à temps plein subventionnés dans la province. En 2006-2007, 18 393 clients ont obtenu leur congé du PEM. Le nombre de visites a atteint 436 517 visites (305 105 visites par des infirmières et 131 412, par d'autres professionnels de la santé), et 145 359 appels téléphoniques ont été effectués (prestation de services cliniques aux clients et aux familles par téléphone). On a signalé environ 24,4 congés pour 1 000 personnes.

Services de réadaptation

Les services de réadaptation offrent à la population du Nouveau-Brunswick des occasions de prévenir et d'éliminer la perte de fonction ou de s'y adapter afin de favoriser le mieux-être, l'intégration sociale et l'autonomie optimale. Les services de réadaptation au Nouveau-Brunswick comprennent les services dispensés par des audiologistes, des ergothérapeutes, des physiothérapeutes et des orthophonistes.

Les services de réadaptation sont offerts dans divers milieux et sont dispensés selon une philosophie des services axés sur le client. Ils sont offerts par le Centre de réadaptation tertiaire provincial Stan Cassidy à toutes les régies régionales de la santé, par l'entremise des services aux patients hospitalisés et externes. Ce programme est également offert à domicile et dans la collectivité par le Programme extra-mural du Nouveau-Brunswick. En juin 2006, le nouveau Centre de réadaptation Stan Cassidy a été inauguré à Fredericton.

Services hospitaliers de réadaptation¹

	Présences	Appels téléphoniques ²
Audiologie	24 086	1 469
Ergothérapie	103 247	2 971
Physiothérapie	292 399	3 488
Orthophonie	33 943	3 411

¹ Source : Données préliminaires du Système d'information de gestion financière et d'utilisation hospitalière.

² Les appels téléphoniques sont des services dispensés par téléphone aux clients.

Centre de réadaptation Stan Cassidy¹

	Présences	Appels téléphoniques ²
Ergothérapie	4 045	370
Physiothérapie	5 154	174
Orthophonie	926	86

¹ Source : Données préliminaires du Système d'information de gestion financière et d'utilisation hospitalière.

² Les appels téléphoniques sont des services dispensés par téléphone aux clients.

Capital Construction

Construction of the new, \$28 million Stan Cassidy Centre for Rehabilitation and laboratory expansion at the Dr. Everett Chalmers Regional Hospital was completed in May 2006. Patients from the former Stan Cassidy Centre for Rehabilitation were transferred to the new facility in June 2006.

Construction of the major \$47.5 million expansion at the Moncton Hospital to accommodate a new emergency department, ambulatory care services and laboratory continued during 2006-07. It is expected that construction will be completed in March 2008 and ready for occupancy in the spring of 2008.

Construction of the new \$84 million hospital in Waterville to serve the Upper St. John River Valley area continued during 2006-07. It is expected that construction will be completed in September 2007 with patients transferred into the new facility in November 2007.

Construction of the \$14 million surgical services addition at the Chaleur Regional Hospital in Bathurst continued during 2006-07. The addition is planned to be completed in December 2007 and become operational in January 2008.

A variety of infrastructure upgrading projects (i.e., roof replacements, upgrading mechanical and electrical systems) were completed throughout the year at various hospitals.

Capital Equipment

A variety of Capital Equipment acquisitions totaling \$13.7 million were made in fiscal 2006-07 to replace aging equipment in the hospital system. The most notable major capital equipment acquisitions included the following:

- A new gas sterilizer, surgery laser and cardiac monitoring system for the Dr. Georges L. Dumont Regional Hospital;
- A new gas sterilizer, surgical aspirator and MRI monitoring system for the Moncton Hospital;
- A new surgery laser and twelve anesthesia machines for the Saint John Regional Hospital;
- A dual detector radiographic unit and three ultrasound machines for the Dr. Everett Chalmers Regional Hospital;
- A new surgery laser and echography unit for the Edmundston Regional Hospital;
- A new medical transcription system and cardiac monitors for the intensive care unit at the Campbellton Regional Hospital;
- An ultrasound unit for the Bathurst Regional Hospital and a digital radiographic / fluoroscopic unit for the Tracadie-Sheila Hospital; and
- A surgery table for urology and a mobile radiology unit for the Miramichi Regional Hospital.

Projets d'immobilisations

La construction du nouveau Centre de réadaptation Stan Cassidy de 28 millions de dollars et l'agrandissement du laboratoire à l'hôpital régional Dr. Everett Chalmers ont pris fin en mai 2006. Le transfert des patients de l'ancien Centre de réadaptation Stan Cassidy vers le nouvel établissement a eu lieu en juin 2006.

Les importants travaux d'agrandissement du Moncton Hospital, évalués à 47,5 millions de dollars, se sont poursuivis en 2006-2007 et permettront d'abriter un nouveau service d'urgence, des services de soins ambulatoires et un laboratoire. On prévoit que la construction sera terminée en mars 2008 et que les nouveaux locaux pourront être occupés au printemps 2008.

Les travaux de construction du nouvel hôpital de 84 millions de dollars, à Waterville, pour desservir la région de la Vallée du Haut-Saint-Jean se sont poursuivis en 2006-2007. On prévoit que la construction sera terminée en septembre 2007 et que les patients seront transférés au nouvel établissement en novembre 2007.

Les travaux d'agrandissement de l'hôpital régional Chaleur de Bathurst évalués à 14 millions de dollars pour l'ajout des services de chirurgie se sont poursuivis en 2006-2007. L'agrandissement devrait être terminé en décembre 2007 et être fonctionnel en janvier 2008.

Divers projets d'amélioration des infrastructures (p. ex. remplacement de la toiture, amélioration des systèmes mécaniques et électriques, etc.) ont également été réalisés au cours de l'année à divers hôpitaux.

Biens d'équipement

Diverses acquisitions de biens d'équipement d'une valeur totale de 13,7 millions de dollars ont été effectuées en 2006-2007 afin de remplacer l'équipement vieillissant du réseau hospitalier. Voici les principales acquisitions de biens d'équipement :

- stérilisateur au gaz, laser pour chirurgie et système de surveillance cardiaque pour l'hôpital régional Dr. Georges-L. Dumont;
- stérilisateur au gaz, aspirateur chirurgical et système de surveillance par IRM pour le Moncton Hospital;
- laser pour chirurgie et douze appareils d'anesthésie pour l'hôpital régional de Saint John;
- appareil de radiographie à double détecteur et trois appareils à ultrasons pour l'hôpital régional Dr. Everett Chalmers;
- laser pour chirurgie et échographe pour l'hôpital régional d'Edmundston;
- système de transcription médicale et moniteurs cardiaques pour les services de soins intensifs à l'hôpital régional de Campbellton;
- appareil à ultrasons pour l'hôpital régional de Bathurst, et fluoroscope et appareil de radiographie numérique pour l'hôpital de Tracadie-Sheila;
- table de chirurgie pour service d'urologie et appareil de radiologie mobile pour l'hôpital régional de Miramichi.

New Brunswick Cancer Network (NBCN)

The New Brunswick Cancer Network (NBCN) is responsible for the development and implementation of an evidence-based provincial strategy for all elements of cancer care, including prevention, screening, treatment, follow-up care, palliative care, education, and research. The goal of the NBCN is to decrease the incidence, morbidity, and mortality of cancer among New Brunswick residents through cost-effective planning, delivery and evaluation of cancer services.

In 2006-07, the organization and function of the NBCN continued to grow as a result of the successful recruitment of key staff positions and the continuation of strategic planning processes.

The network worked on a number of key strategies in 2006-07 to improve cancer care in New Brunswick. Providing cancer services closer to home was identified as a priority and in February, 2007, funding was announced for the establishment of three satellite chemotherapy clinics in northern New Brunswick: Caraquet, Campbellton and Bathurst. Cancer patients from these areas will now be able to receive chemotherapy services within their respective health region. NBCN was also involved in cancer screening and prevention, pediatric oncology and the planning of a first ever provincial pediatric oncology meeting, involving and working collaboratively with the Regional Health Authorities. The NBCN was also involved in the development and monitoring of guidelines for the implementation of PET-CT services in the province. During the year, NBCN also commenced developing a website.

The NBCN participated on various regional and national oncology initiatives to ensure input into policy and the development of cancer strategies across the country, such as the Canadian Partnership Against Cancer (CPAC); the Canadian Association of Provincial Cancer Agencies (CAPCA); and the Atlantic Provinces Pediatric Hematology and Oncology Network (APPHON). The NBCN was also engaged with cancer stakeholders through meetings facilitated by the New Brunswick Division of the Canadian Cancer Society. In March, 2007 New Brunswick, along with other provincial and territorial governments in Canada, began participating in the Joint Oncology Drug Review (JODR), a national process for the review of cancer drugs which is expected to streamline decision-making for provincial funding recommendations for these drugs.

In 2006-07, the NBCN was actively involved in ensuring that New Brunswick meets or exceeds nationally recognized benchmarks related to access to cancer services and wait times:

Wait time benchmark in radiation therapy (*patients to receive radiation therapy within 4 weeks of being ready to treat*): A system was implemented in 2006-07 for reporting wait times to NBCN by both tertiary centres in New Brunswick. (RHA 1B and RHA 2). Since the beginning of this reporting (December 2006), on average, 92 per cent of New Brunswick patients received radiation therapy within four weeks. Also, a

Réseau du Nouveau-Brunswick de lutte contre le cancer (RNBLC)

Le Réseau du Nouveau-Brunswick de lutte contre le cancer (RNBLC) est chargé de l'élaboration et de la mise en œuvre d'une stratégie provinciale basée sur les faits pour tous les éléments des soins ayant trait au cancer, y compris la prévention, le dépistage, le traitement, le suivi, les soins palliatifs, la sensibilisation et la recherche. Le réseau a pour but de réduire l'incidence du cancer, ainsi que la morbidité et la mortalité liées au cancer chez les résidents du Nouveau-Brunswick, grâce à la planification, à la prestation et à l'évaluation efficaces des services de lutte contre le cancer.

En 2006-2007, l'organisation et la fonction du RNBLC se sont développées à la suite du recrutement d'un personnel clé désigné et du maintien des processus de planification stratégique.

En 2006-2007, le réseau a travaillé à des stratégies clés visant à améliorer les soins pour le cancer au Nouveau-Brunswick. La prestation de services de lutte contre le cancer plus près de chez soi a été désignée comme une priorité. En février 2007, l'octroi de fonds a été annoncé pour la mise sur pied de trois cliniques de chimiothérapie satellites dans le Nord du Nouveau-Brunswick : Caraquet, Campbellton et Bathurst. Les patients atteints de cancer de ces régions pourront maintenant obtenir des services de chimiothérapie dans leurs régions sanitaires. Le RNBLC a aussi participé au dépistage et à la prévention du cancer, à l'oncologie pédiatrique et à la planification d'une première rencontre provinciale sur l'oncologie pédiatrique. Il a travaillé en collaboration avec les régions régionales de la santé. Le RNBLC a aussi participé à l'élaboration et à la surveillance des lignes directrices sur la mise en œuvre des services TEP-CT dans la province. Au cours de l'année, le réseau a entrepris des travaux en vue de créer un site Web.

Le RNBLC a participé à divers projets régionaux et nationaux en matière d'oncologie et fourni des commentaires sur la politique et l'élaboration de stratégies relatives au cancer au pays comme le Partenariat canadien contre le cancer (PCCC), l'Association canadienne des organismes provinciaux de lutte contre le cancer (ACOPLC) et le Réseau d'oncologie et d'hématologie pédiatrique des provinces atlantiques (ROHPPA). Le réseau a aussi amorcé un dialogue avec les intervenants, au cours de réunions organisées par la Division du Nouveau-Brunswick de la Société canadienne du cancer. En mars 2007, le Nouveau-Brunswick, avec d'autres gouvernements provinciaux et territoriaux au Canada, a participé à l'Examen conjoint de médicaments oncologiques (ECMO), un processus national d'examen des médicaments oncologiques qui devrait rationaliser la prise de décisions sur les recommandations de financement provincial pour ces médicaments.

En 2006-2007, le RNBLC a vu activement à ce que le Nouveau-Brunswick satisfasse ou dépasse les points de référence reconnus à l'échelle nationale pour l'accès aux services de lutte contre le cancer et les délais d'attente.

Point de référence pour le délai d'attente en radiothérapie (*patients devant suivre une radiothérapie dans un délai de quatre semaines à partir du moment où ils sont prêts à recevoir un traitement*): En 2006-2007, un système a été établi afin de permettre aux deux centres tertiaires au Nouveau-Brunswick (RRS 1B et 2) de signaler les délais d'attente au RNBLC. Depuis le début de cette initiative (décembre 2006), 92 pour cent des patients du Nouveau-Brunswick, en

commitment was made to publicly report the wait time in radiation therapy via a new NBCN website. In March 2007 New Brunswick entered into agreement with the Federal government on a Patient Wait Time Guarantee in radiation therapy for cancer patients which will be implemented in 2010. Prior to the implementation of the guarantee, three aging linear accelerators will be replaced and an additional linear accelerator will be acquired in the province to meet projected demands.

Cervical cancer screening benchmark (cervical cancer screening for women aged 18 to 69 every three years after two normal tests): Although New Brunswick does not have a provincial screening program, opportunistic PAP screening does occur through the New Brunswick health care system. Data from the Canadian Community Health Survey, 2005 (Statistics Canada), shows that approximately 77 per cent of New Brunswick women in the 18-69 age group reported having had a Pap smear within the last three years. The NBCN is working on developing a population-based cervical cancer screening program.

Breast cancer screening benchmark (70 per cent participation rate in breast cancer screening for women aged 50 to 69 every two years): New Brunswick has a population-based screening program (New Brunswick Breast Cancer Screening Services) for this target age group, which is under the direction of the NBCN. The preliminary two-year provincial average participation rate for women between the ages of 50 to 69 years from April 1, 2005, to March 31, 2007 was calculated at 51.2 per cent (see Figure 1).

Figure 1 - New Brunswick Breast Cancer Screening Service - Biennial Participation rate in women 50 to 69 years - Fiscal years 2005-06 and 2006-07

Region	Number of women screened	Number of women in target population	Participation rate
1 Moncton	13,795	23,298	59.21%
1B	5,262		
1SE	8,533		
2* Saint John	7,317	20,453	35.77%
3 Fredericton	11,443	19,239	59.48%
4 Edmundston	2,931	6,540	44.82%
5 Campbellton	2,148	3,926	54.71%
6 Bathurst	4,486	11,115	40.36%
7 Miramichi	4,193	5,810	72.17%
NB Total	46,313	90,380	51.24%

Source - NB Provincial Epidemiology Service using Breast Cancer Screening Service Database and Medicare resident registry.

* At the time of publication, data submission from Region 2 to the provincial breast screening database was not yet complete, resulting in a lower calculated participation rate than projected.

moyenne, ont suivi une radiothérapie en moins de quatre semaines. On s'est aussi engagé à rendre public le délai d'attente en radiothérapie sur un nouveau site Web du RNBLC. En mars 2007, le Nouveau-Brunswick a conclu une entente avec le gouvernement fédéral sur une garantie de délai d'attente pour les patients en radiothérapie qui sera mise en œuvre en 2010. Avant la mise en œuvre de la garantie, trois accélérateurs linéaires vieillissants seront remplacés, et un accélérateur linéaire sera ajouté dans la province afin de répondre aux demandes prévues.

Point de référence du dépistage du cancer du col de l'utérus (chez les femmes âgées de 18 à 69 ans tous les trois ans après deux tests normaux) : Même si le Nouveau-Brunswick ne possède pas un programme provincial de dépistage, le dépistage opportuniste par test de Papanicolaou est effectué dans le système de soins de santé du Nouveau-Brunswick. D'après les résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2005 (Statistique Canada), environ 77 pour cent des femmes du Nouveau-Brunswick du groupe d'âge de 18 à 69 ans ont indiqué avoir passé un test de Papanicolaou au cours des trois dernières années. Le RNBLC élabore un programme de dépistage du cancer du col de l'utérus en fonction de la population.

Point de référence de dépistage du cancer du sein : (taux de participation de 70 pour cent du dépistage du cancer du sein chez les femmes âgées de 50 à 69 ans, tous les deux ans) : Le Nouveau-Brunswick offre un programme de dépistage basé sur la population (Services de dépistage du cancer du sein du Nouveau-Brunswick) pour ce groupe d'âge ciblé, qui relève du RNBLC. Le taux de participation moyen provincial préliminaire de deux ans pour les femmes âgées de 50 à 69 ans, du 1^{er} avril 2005 au 31 mars 2007, a été établi à 51,2 pour cent (voir la figure 1).

Figure 1 - Service de dépistage du cancer du sein du Nouveau-Brunswick - Taux de participation biennal chez les femmes de 50 à 69 ans - Années financières 2005-2006 et 2006-2007

Région	Nombre de femmes ayant fait l'objet d'un dépistage	Nombre de femmes dans la population cible	Taux de participation
1 Moncton	13 795	23 298	59,21 %
1B	5 262		
1SE	8 533		
2* Saint John	7 317	20 453	35,77 %
3 Fredericton	11 443	19 239	59,48 %
4 Edmundston	2 931	6 540	44,82 %
5 Campbellton	2 148	3 926	54,71 %
6 Bathurst	4 486	11 115	40,36 %
7 Miramichi	4 193	5 810	72,17 %
Total pour le N.-B.	46 313	90 380	51,24 %

Source - Service provincial d'épidémiologie, à l'aide de la base de données sur le dépistage du cancer du sein et du registre des résidents pour l'Assurance-maladie.

* Au moment de la publication du présent rapport, les données provenant de la Région 2 pour la base de données provinciale sur les services de dépistage du cancer du sein n'étaient pas complètes, ce qui a produit un taux de participation calculé moins élevé que prévu.

New Brunswick Breast Cancer Screening Services

The New Brunswick Breast Cancer Screening Services (NB BCSS) is a provincial program that provides screening mammography every two years to women between the ages of 50 and 69 years, and by physician referral for women outside this age range. Screening mammography is offered at 16 sites throughout the province. The operation of the NB BCSS is a shared responsibility between the Department of Health (under the New Brunswick Cancer Network) and the Regional Health Authorities.

The 'Health Indicators – 2007' report by the Canadian Institute for Health Information showed that New Brunswick led the country for the number of women who reported a screening mammogram during 2003-2005, with a 54.8 per cent participation rate. While encouraged by the positive results, the NBCN continues to strive for the NB BCSS to achieve the benchmark goal of a 70 per cent two-year participation rate for women 50 to 69 years of age. Attaining this goal is expected to reduce the mortality from breast cancer by approximately 30 per cent.

Addiction Services

Addiction Services are delivered through seven Regional Health Authorities throughout the province and provide prevention and treatment services from each centre. The overall goal of the Addictions Services delivery model in New Brunswick is to reduce the human and economic costs of substance abuse and gambling by intervening with individuals, families, employers and community partners.

To provide New Brunswickers with a safe environment to withdraw from alcohol, drugs and/or gambling, in-patient detoxification is provided within all health regions. Within the fiscal year, a total of 2,181 individuals accessed detoxification services.

Persons who have achieved a detoxified state may access short-term rehabilitation services, which provide group therapy, education, stress management and self-awareness sessions within an in-patient, therapeutic environment. This program is three to four weeks in duration and is offered in Region 2 (English) and 5 (bilingual); 180 individuals accessed these services in 2006-07.

Long term rehabilitation services for men are offered at Lonewater Farm within Region 2. This work-based residential program is normally accessed for a three-to six-month period, depending on client need. This program served 100 individuals within the fiscal year.

The Departments of Health, Public Safety and Education have partnered with Portage Atlantic to provide services for youth who need intense in-patient treatment. Portage Atlantic, a not-for-profit organization, operates a long term residential

Service de dépistage du cancer du sein du Nouveau-Brunswick

Le Service de dépistage du cancer du sein du Nouveau-Brunswick (SDCSNB) est un programme provincial qui offre des mammographies de dépistage tous les deux ans aux femmes âgées de 50 à 69 ans et sur recommandation d'un médecin pour les femmes en dehors de cette plage d'âge. La mammographie de dépistage est offerte dans 16 établissements de la province. Le fonctionnement du Service de dépistage est une responsabilité partagée entre le ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick (sous l'autorité du Réseau du Nouveau-Brunswick de lutte contre le cancer) et les régions régionales de la santé.

Le rapport intitulé *Indicateurs de la santé pour 2007* publié par l'Institut canadien d'information sur la santé montre que le Nouveau-Brunswick obtient la première place en ce qui a trait au nombre de femmes qui ont déclaré avoir subi une mammographie de dépistage au cours de la période 2003-2005, le taux de participation étant de 54,8 pour cent. Malgré les résultats positifs encourageants, le RNBLC continue de vouloir atteindre l'objectif à long terme du Service de dépistage du cancer du sein du Nouveau-Brunswick, qui est d'accroître le taux de participation tous les deux ans à 70 pour cent pour les femmes âgées de 50 à 69 ans, ce qui devrait réduire la mortalité causée par le cancer du sein d'environ 30 pour cent.

Services de traitement des dépendances

Les services de traitement des dépendances sont offerts par l'entremise de sept régions régionales de la santé dans l'ensemble de la province. Chaque centre offre également des services de prévention et de traitement. L'objectif général du modèle de prestation des services de traitement des dépendances au Nouveau-Brunswick est de réduire les coûts humains et économiques de la consommation abusive d'alcool et d'autres drogues et de la dépendance au jeu, en intervenant auprès des particuliers, des familles, des employeurs et des partenaires communautaires.

Afin d'offrir aux gens du Nouveau-Brunswick un milieu sûr pour le sevrage de l'alcool, des drogues ou du jeu, un service de désintoxication aux clients admis est fourni dans toutes les régions sanitaires. Au cours de l'exercice financier, au total, 2 181 personnes ont accédé aux services de désintoxication.

Les personnes qui sont désintoxiquées peuvent accéder à des services de réadaptation à court terme, qui offrent des séances de thérapie de groupe, d'éducation, de gestion du stress et d'autosensibilisation dans un milieu thérapeutique pour les clients admis. Ce programme est d'une durée de trois à quatre semaines et est offert dans la région 2 (en anglais) et la région 5 (bilingue); 180 personnes se sont prévaluées de ces services en 2006-2007.

Les services de réadaptation de longue durée pour les hommes sont offerts à Lonewater Farm dans la région 2. Ce programme résidentiel axé sur le travail est offert habituellement pour une période de trois à six mois, selon les besoins du client. Ce programme a servi 100 personnes au cours de l'exercice financier.

Les ministères de la Santé, de la Sécurité publique et de l'Éducation ont créé un partenariat avec Portage Atlantic pour offrir des services aux jeunes qui ont besoin d'un traitement intense en établissement. Portage Atlantic, un organisme sans but lucratif, gère un établissement résidentiel de traitement des

adolescent treatment facility for youth aged 14-21. Clients enter the facility after being referred through Addiction Services or, within Public Safety, Probation Services. There were 37 new admissions and 13 readmissions to the Portage facility in 2006-07.

For clients not requiring admission, each region provides outpatient services, including assessments, consultations and counseling. In 2006-07, 1,496 persons aged 19 years or less and 2,722 persons over the age of 19 received outpatient counseling.

Four methadone clinics provided medical treatment and psycho-social counseling services to 841 distinct individuals in 2006-07. The following is a breakdown of those clients:

- Region 1 served 234 clients
- Region 2 served 189 clients
- Region 3 served 210 clients
- Region 7 served 208 clients

Generally, some of the activities of note within the fiscal year include:

- The first annual combined conference on addictions and mental health, which was held in Campbellton.
- A media campaign using television, radio, and newspaper advertising was undertaken to promote the awareness of help available for gambling addictions.
- With assistance from the Canadian Centre for Substance Abuse, a coordinator who works to sustain existing partnerships and to foster new ones for community-based initiatives that target youth was employed.

Community Mental Health Centres

The eight regional health authorities are responsible for delivering community-based mental health services. The services are delivered through Community Mental Health Centres (CMHCs), which are a key component in the mental health service delivery system in New Brunswick. The CMHCs provide a variety of prevention, intervention, and post-vention services for New Brunswickers. Community mental health services are accessed through 14 CMHCs and 31 other service points located throughout the province. The CMHCs are open from Monday to Friday, 8:30 a.m. to 5 p.m. In addition, crisis intervention services are available in the evening and on weekends throughout the province.

Community mental health services are available to all New Brunswickers, either through referrals by a doctor, through self-initiated visits to the CMHCs, or referral by another organization or government department (i.e. hospital, court, Family and Community Service etc.).

adolescents de longue durée pour les jeunes âgés de 14 à 21 ans. Les clients entrent à l'établissement après y avoir été dirigés par les Services de traitement des dépendances, ou par les services de probation de la Sécurité publique. En 2006-2007, 37 nouveaux cas ont été admis et 13 cas ont été réadmis à l'établissement de Portage.

Pour les clients qui n'ont pas besoin d'être admis, chaque région offre des services externes, y compris des évaluations, des consultations et du counseling. En 2006-2007, 1 496 personnes âgées de 19 ans ou moins et 2 722 personnes âgées de plus de 19 ans ont reçu des services de counseling en consultation externe.

Quatre cliniques de méthadone ont offert des traitements médicaux et des services de counseling psychosociaux à 841 participants distincts en 2006-2007. Voici une répartition de ces clients :

- la région 1 a servi 234 clients;
- la région 2 a servi 189 clients;
- la région 3 a servi 210 clients;
- la région 7 a servi 208 clients.

Voici certaines activités de l'exercice financier :

- La première conférence annuelle mixte sur le traitement des dépendances et la santé mentale qui a eu lieu à Campbellton.
- Une campagne dans les médias comprenant des messages à la radio, à la télévision et dans les journaux pour accroître la sensibilisation à l'aide qui est disponible pour les dépendances au jeu.
- Avec l'aide du Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, embauche d'un coordonnateur qui travaille pour maintenir les partenariats existants et encourager de nouveaux partenariats dans le cadre des mesures communautaires ciblant les jeunes.

Centres de santé mentale communautaires

La prestation des services de santé mentale communautaires relève des huit régions régionales de la santé. Les services sont offerts par l'entremise des centres de santé mentale communautaires qui constituent une composante essentielle du réseau de prestation des services de santé mentale au Nouveau-Brunswick. Les centres de santé mentale communautaires offrent toute une gamme de services de prévention, d'intervention et de postvention à la population néo-brunswickoise. Les services communautaires de santé mentale sont offerts par l'entremise de 14 centres de santé mentale communautaires et de 31 autres points de service répartis dans l'ensemble de la province. Les centres de santé mentale communautaires offrent des services du lundi au vendredi, de 8 h 30 à 17 h. En outre, des services d'intervention pour les situations de crise sont disponibles le soir et les fins de semaine dans toute la province.

Les services communautaires de santé mentale sont disponibles pour tous les Néo-Brunswickois par l'entremise de l'aiguillage par un médecin, par des visites personnelles à un centre de santé mentale communautaire ou par l'aiguillage par un autre organisme ou un ministère du gouvernement (p. ex.,

In the 2006-07 fiscal year, there were 14,546 new referrals, of which 38 per cent were either self-referral or referral by a parent and 32 per cent were referral from a general practitioner or physician specialist.

CMHC programs target three key client groups: children and adolescents, adults with short-term needs, and adults with long-term needs. In the 2006-07 fiscal year, a total of 25,369 distinct individuals were served by Community Mental Health Centres for screening, assessment, treatment or follow-up in the three core programs; acute, long term and child and adolescent. This represents 33.7 individuals for every 1,000 population.

In-Patient Psychiatric Care

Each of the eight regional hospital facilities includes a psychiatric unit that provides in-patient and day hospital services for voluntary and involuntary patients suffering from acute psychiatric disorders. They provide 24-hour emergency and consultation services to patients referred by physicians and community mental health centres; consultation / liaison to other hospital medical and surgical units; and mental health education to a range of hospital clinical staff and other professionals. In the 2006-07 fiscal year, patients stayed in the psychiatric units for a total of 46,116 days (in-patient days).

The Child and Adolescent Psychiatric Unit (CAPU), a provincial six-bed tertiary resource located in The Moncton Hospital, provides in-patient care and outreach services to children and adolescents who need serious psychiatric treatment. In the 2006-07 fiscal year, this unit had 1,900 in-patient days.

Two psychiatric hospitals, Centracare in Saint John and the Restigouche Hospital Centre in Campbellton, provide specialized treatment and rehabilitation services for patients with medium-to long-term psychiatric problems requiring hospitalization. The Restigouche Hospital Centre also provides specialized observation and assessment for forensic cases for the entire province. The two hospitals function as: specialized, tertiary, in-patient resources for other mental health services; support centres for evaluation, research and mental health training; and providers of psychiatric telephone / videoconference consultation and on-site support to other agencies for psychogeriatric patients and individuals with developmental handicaps. During the 2006-07 fiscal year, Centracare and RHC had 16,706 and 57,315 in-patient days, respectively, for a total of 74,021.

Hospital patients who no longer need tertiary hospital services are discharged into the community where services and supports are provided, allowing them to reintegrate successfully into a non-institutional environment.

un hôpital, la cour, les Services familiaux et communautaires, etc.). En 2006-2007, on a enregistré 14 546 nouveaux patients dirigés, dont 38 pour cent autodirigés ou dirigés par un parent et 32 pour cent dirigés par un omnipraticien ou un spécialiste.

Les programmes des centres de santé mentale communautaires ciblent trois groupes de clients : les enfants et les adolescents, les adultes ayant des besoins à court terme et les adultes nécessitant des services à long terme. Au cours de l'exercice financier 2006-2007, 25 369 personnes ont reçu, des centres de santé mentale communautaires, des services de dépistage, d'évaluation, de traitement ou de suivi dans le cadre des trois programmes de base : services d'intervention immédiate, services aux enfants et aux adolescents, et services de longue durée. Cela représente 33,7 personnes par 1 000 habitants.

Soins psychiatriques aux patients hospitalisés

Chacun des huit hôpitaux régionaux sont dotés d'une unité psychiatrique qui dispense des soins aux patients hospitalisés et des soins de jour aux patients atteints de troubles psychiatriques aigus, qu'ils soient en placement volontaire ou non. On y offre des soins d'urgence 24 heures sur 24 et des services de consultation pour les patients dirigés par les médecins et les intervenants des centres de santé mentale communautaires, des services de consultation et de liaison à l'intention des unités de médecine générale et de chirurgie, ainsi qu'une formation en santé mentale à l'intention des différents membres du personnel clinique hospitalier et d'autres professionnels. En 2006-2007, les patients sont demeurés dans les unités psychiatriques pour une période totale de 46 116 jours-patients hospitalisés.

L'Unité psychiatrique pour enfants et adolescents, un service tertiaire provincial de six lits situé au Moncton Hospital, fournit des soins hospitaliers et ambulatoires aux enfants et aux adolescents ayant un besoin urgent de soins psychiatriques. En 2006-2007, l'unité a enregistré 1 900 jours-patients hospitalisés.

Deux hôpitaux psychiatriques, soit Centracare à Saint John et le Centre hospitalier Restigouche à Campbellton, offrent des traitements spécialisés et des services de réadaptation aux patients atteints de troubles psychiatriques de moyenne et de longue durée nécessitant l'hospitalisation. Le Centre hospitalier Restigouche offre également des services d'observation et d'évaluation spécialisés des cas médico-légaux pour l'ensemble de la province. Les deux hôpitaux servent de centres de ressources spécialisées internes pour les autres services de santé mentale, de centres de soutien en matière d'évaluation, de recherche et de formation en santé mentale. Ils sont aussi des fournisseurs de services de consultation par téléphone et par vidéoconférence dans le domaine de la psychiatrie et d'un soutien sur place aux organismes qui dispensent des soins aux patients en psychogériatrie et aux personnes ayant une incapacité liée au développement. En 2006-2007, Centracare et le Centre hospitalier Restigouche ont enregistré 16 706 et 57 315 jours-patients hospitalisés, respectivement, pour un total de 74 021 pour ces deux hôpitaux psychiatriques.

Les patients hospitalisés qui n'ont plus besoin de soins tertiaires réintègrent la collectivité, où ils reçoivent un soutien et des services appropriés, ce qui leur permet de réussir leur réinsertion sociale.

Long-Term Mental Health Services

The objective of the community mental health Long-Term Adult Program is to provide services for adult clients experiencing or at risk of serious mental health problems and long-standing functional disorders. These clients are often socially isolated and cut off from their natural environments. The program helps clients to obtain the means to rebuild their social networks and develop the skills they need to live in the community.

This program is based on respect for persons with psychiatric disorders and on the belief that, through a range of services, they can reduce or eliminate the functional, interpersonal, and environmental barriers created by their disabilities and to lead independent and productive lives in society.

This program works to meet needs as perceived by clients while establishing links with the community to ensure maximum client autonomy with a minimum of professional intervention. Through community-based multidisciplinary teams, this program provides a variety of services to meet the needs of the individual. Services provided include assessment, treatment, case management, vocational and rehabilitation services. During the 2006-07 fiscal year, the Mental Health Services Adult Long Term Care program provided a total of 75,646 services to 5,267 adults.

Medicare

The objective of Medicare is to ensure payment of medically required services for eligible New Brunswick residents, including hospitalization outside the province. This objective is reached through the activities of Medicare Services and Medicare Operations Units.

The Medicare Services Unit is responsible for policy development; project management, provision of expert guidance on corporate and health policy issues and physician remuneration. The unit is also responsible for appeals regarding Medicare decisions.

During fiscal 2006-07, Medicare Services provided support to the department's recruitment and retention strategy aimed at recruiting newly licensed family practitioners and specialists. This was enabled through the three year fee-for-service agreement with the New Brunswick Medical Society. The second year of this agreement provided for increased remuneration for specialists with specific attention to certain clinical disciplines. In addition, there were a number of new service codes added as well as enhancements to some existing service codes. Increased funding for expenses related to continuing medical education and payments to the Canadian Malpractice Association (CMPA) was also provided.

The ability to recruit and retain emergency room physicians was bolstered by the province providing an increased incentive for new physicians as well as a

Services de santé mentale de longue durée

Le programme de soins de santé mentale communautaires de longue durée à l'intention des adultes offre des services aux clients adultes qui ont des problèmes graves de santé mentale ou qui ont des troubles fonctionnels de longue date ainsi qu'à ceux qui risquent d'avoir de tels problèmes. Ces clients souffrent souvent d'isolement social et sont exclus de leur milieu naturel. Le programme aide les clients à trouver des moyens de rétablir leurs réseaux sociaux et d'acquérir les compétences dont ils ont besoin pour vivre au sein de la collectivité.

Le programme est fondé sur le principe du respect des personnes ayant des problèmes psychiatriques et sur la conviction qu'à l'aide de toute une gamme de services, ces personnes peuvent réduire ou éliminer les obstacles fonctionnels, interpersonnels et du milieu créés par leurs incapacités et à vivre de façon autonome et productive dans la société.

Ce programme vise à répondre aux besoins cernés par les clients, tout en établissant des liens avec la collectivité, dans le but d'assurer au client la plus grande autonomie possible avec un minimum d'interventions professionnelles. Par l'entremise d'équipes communautaires multidisciplinaires, le programme fournit divers services pour répondre aux besoins du client. Les services offerts comprennent l'évaluation, le traitement, la gestion de cas ainsi que des services de formation professionnelle et de réadaptation. En 2006-2007, le programme de soins de santé mentale de longue durée à l'intention des adultes a offert 75 646 services à 5 267 adultes.

Assurance-maladie

L'Assurance-maladie a pour objet d'assurer aux gens du Nouveau-Brunswick admissibles le paiement des services médicaux, y compris l'hospitalisation à l'extérieur de la province. Cet objectif est atteint par les activités des Services de l'Assurance-maladie et des Opérations de l'Assurance-maladie.

La Section des services de l'Assurance-maladie est chargée de l'élaboration des politiques, des activités de gestion de projets, de la prestation de conseils spécialisés sur les questions de politiques ministérielles et sur la santé ainsi que de la rémunération des médecins. Elle est également chargée des appels concernant les décisions de l'Assurance-maladie.

Durant l'exercice financier 2006-2007, les Services de l'Assurance-maladie ont appuyé la stratégie de recrutement et de maintien en poste visant à attirer de nouveaux médecins de famille et de nouveaux spécialistes autorisés. Pour ce faire, on a conclu une entente d'une durée de trois ans concernant la prestation de services rémunérés à l'acte avec la Société médicale du Nouveau-Brunswick. Pour la deuxième année de l'entente, une augmentation de la rémunération des spécialistes était prévue, une attention particulière étant accordée à certaines disciplines cliniques. De nouveaux codes de service ont aussi été ajoutés, et des améliorations ont été apportées à certains codes de service. Une augmentation du financement des dépenses liées à la formation médicale continue et aux paiements à la Canadian Malpractice Association (CMPA) a aussi été attribuée.

Le gouvernement a renforcé la capacité de recruter et de maintenir des urgentologues en offrant un incitatif accru aux nouveaux médecins ainsi qu'une allocation selon le nombre

stipend based upon the number of hours worked on an annual basis.

The current Medical Pay Plan for salaried physicians is effective until March 31, 2008. The formal consultative process for discussion of compensation and human resources issues affecting salaried physicians in Parts I and III of the Public Service is currently underway. The objective is to reach consensus on required changes to the Medical Pay Plan. The parties included in this process are the New Brunswick Medical Society, the Department of Health and the Office of Human Resources.

The Medicare Operations Unit is responsible for the eligibility and registration for Medicare coverage for New Brunswick residents; the registering of physicians; liaising with physicians; as well as processing and, when applicable, the payment of in and out-of-country claims. Medicare Operations also audits physicians' billings to ensure these are billed according to legislation and the Fee-For-Service agreement. The unit also manages an advocacy service informing New Brunswick residents of their rights when dealing with Medicare.

In the 2006-07 fiscal year:

- The number of eligible residents decreased by 0.09 per cent from 737,518 in 2005-06 to 736,833 in 2006-07.
- Over the past several years, there has been a move by physicians from being paid mainly on a fee-for-service basis to being paid mainly via salaried arrangements. The number of fee-for-service physicians increased by 1.4 per cent from 2005-06 to 2006-07 while for the same time period, the number of salaried physicians increased by 13.7 per cent.

Medicare ensures that eligible residents have reasonable access to primary services regardless of where they live in New Brunswick. Accessibility is measured in two ways: the total number of physicians who provide services and their distribution throughout the province. In fiscal 2006-07, a total of 607 physicians worked in rural areas while 1,070 provided services in urban settings (defined as within 40 kilometers of Fredericton, Moncton and Saint John).

Health Emergency Management Services

The department is committed to ensuring that the province's health care system maintains a level of readiness to enable it to respond quickly and effectively to all health and medical emergencies, regardless of location, cause or magnitude. Small-scale emergencies, including traffic accidents, are considered routine within the context of the province's health care system. However, large-scale events, such as pandemic flu, or mass casualty incidents, demand advance planning and coordinated response in order for such emergencies to be managed effectively. Health Emergency Management provides the corporate leadership and guidance to address this need through

d'heures travaillées chaque année.

Le régime de rémunération du personnel médical actuel pour les salariés est en vigueur jusqu'au 31 mars 2008. Le processus de consultation officiel sur les indemnités et les questions de ressources humaines concernant les médecins salariés des Parties I et III des Services publics est en cours. Le but est d'atteindre un consensus sur les changements devant être apportés au régime. Les parties incluses dans le processus sont la Société médicale du Nouveau-Brunswick, le ministère de la Santé et le Bureau des ressources humaines.

La Section des opérations de l'Assurance-maladie est chargée de l'admissibilité et de l'inscription pour la couverture de l'Assurance-maladie à l'intention des résidents du Nouveau-Brunswick, de l'inscription des médecins, de la liaison avec les médecins, du traitement et, le cas échéant du paiement des réclamations provenant de l'intérieur et de l'extérieur du pays. Elle vérifie la facturation des médecins pour s'assurer que les factures sont conformes à la loi et au contrat de rémunération à l'acte. Elle gère également un service de représentation qui informe les résidents du Nouveau-Brunswick de leurs droits dans leurs relations avec l'Assurance-maladie.

Durant l'exercice financier 2006-2007 :

- le nombre de résidents admissibles a diminué de 0,09 pour cent étant passé de 737 518 en 2005-2006 à 736 833 en 2006-2007;
- au cours des dernières années, certains médecins qui étaient principalement rémunérés à l'acte ont décidé de devenir salariés. Le nombre de médecins rémunérés à l'acte a augmenté de 1,4 pour cent de 2005-2006 à 2006-2007, alors que le nombre de médecins salariés a augmenté de 13,7 pour cent pour la même période.

L'Assurance-maladie assure aux résidents admissibles un accès raisonnable aux services de soins primaires dans la région où ils habitent au Nouveau-Brunswick. L'accessibilité est mesurée de deux façons : le nombre total de médecins offrant des services et leur répartition à l'échelle de la province. Au cours de l'exercice financier 2006-2007, 607 médecins desservent les régions rurales et 1 070 médecins offraient des services dans les régions urbaines qui désignent un rayon de 40 kilomètres de Saint John, Moncton et Fredericton.

Services de gestion des interventions d'urgence en matière de santé

Le ministère s'assure que le système de soins de santé de la province peut répondre rapidement et efficacement à toutes les urgences médicales et sanitaires, quels que soient l'endroit, la cause ou l'ampleur. Les petites urgences, comme les accidents de circulation, sont considérées comme des situations routinières dans le contexte du système de soins de santé de la province. Toutefois, les incidents de grande envergure, comme la pandémie d'influenza ou les accidents faisant beaucoup de blessés, exigent beaucoup de ressources, une planification d'urgence et une coordination des efforts pour que ces urgences soient bien gérées. La gestion des interventions d'urgence fournit une direction et de l'aide pour répondre à ce besoin, en adoptant des méthodes exemplaires et en

the use of best practices and continuous improvement in programming.

The mission of Health Emergency Management is to build capacity (plans, resources and training) and a state of readiness to enable the health care system to effectively respond to incidents where the health of large numbers of people may be at risk. The achievement of this goal is dependent upon the collaborative effort of all sectors of the health care system, volunteer groups, the private sector, other levels of government and the general public. It is also dependent upon the forging of strong partnerships and support mechanisms between emergency response agencies including Emergency Measures Organization, fire, police and ambulance services. Coordinated planning and response is one of the fundamental principles guiding effective health emergency management.

In 2006-07, Health Emergency Management Services continued to focus on the state of readiness through the following:

- Work with Regional Health Authority emergency management officials to develop and implement preparedness plans, guides and protocols,
- Holding of joint exercises to test contingency plans and protocols,
- Training staff to write and conduct Exercises to test contingency plans.
- Work closely with other departments of government and the Emergency Measures Organization to ensure that the department's planning efforts are integrated into the larger government-wide plan,
- Development of operational protocols respecting the 200-bed emergency hospital,
- Collaborate with other provinces and Health Canada's *Center for Emergency Preparedness and Response* to integrate health emergency preparedness activities across the country.

Pandemic Planning

The most significant hazardous event that the province will face is pandemic influenza. Pandemic influenza preparedness planning in New Brunswick, as in all the provinces and territories, continues at both the provincial and regional levels. The goal of this planning effort is to *minimize: serious illness, overall deaths, and societal disruption among New Brunswickers* by providing access to appropriate prevention, care and treatment.

Realizing that the pandemic will affect all sectors of health care, and in keeping with the departmental "all hazards" approach to emergency planning, a comprehensive provincial pandemic preparedness planning structure and work plan has been developed to guide the effort and to enhance communication, coordination and information flow among the various stakeholders. At present, pandemic preparedness planning is considered the number one priority of Health Emergency Management Services.

améliorant constamment les programmes.

La mission des Services de gestion des interventions d'urgence en matière de santé consiste à renforcer la capacité (plans, ressources et formation) afin que le système de soins de santé puisse intervenir de manière efficace en cas d'incidents pouvant compromettre la santé d'un grand nombre de personnes. La réalisation de cet objectif dépend des efforts collectifs de tous les secteurs du système de soins de santé, des groupes de bénévoles, du secteur privé, des autres ordres de gouvernement et du grand public. Elle repose aussi sur la création de solides partenariats et mécanismes de soutien entre les agences d'intervention d'urgence, y compris l'Organisation des mesures d'urgence, et les services de police, d'incendie et d'ambulance. La planification et l'intervention coordonnées constituent un des principes fondamentaux qui orientent une gestion efficace des interventions en cas d'urgence en matière de santé.

En 2006-2007, les Services de gestion des interventions d'urgence en matière de santé ont continué de se concentrer sur l'état de préparation en procédant comme suit :

- collaboration avec les agents de gestion des cas d'urgence des régies régionales de la santé à l'élaboration et à la mise en œuvre de plans de préparation, de guides et de protocoles;
- tenue d'exercices conjoints pour vérifier les plans et les protocoles d'urgence;
- formation du personnel pour la rédaction et la tenue d'exercices afin de vérifier les plans d'urgence;
- étroite collaboration avec d'autres ministères du gouvernement et l'Organisation des mesures d'urgence pour s'assurer que les efforts de planification du ministère sont intégrés au plan gouvernemental;
- élaboration de protocoles opérationnels concernant l'hôpital d'urgence de 200 lits;
- collaboration avec d'autres provinces et le *Centre des mesures et d'interventions d'urgence* de Santé Canada pour intégrer les activités de préparation en cas d'urgence en matière de santé dans l'ensemble du pays.

Planification en cas de pandémie d'influenza

Le danger le plus important auquel la province fera face est la pandémie d'influenza. La planification en cas de pandémie d'influenza au Nouveau-Brunswick, ainsi que dans toutes les provinces et tous les territoires, se poursuit à l'échelle régionale et à l'échelle provinciale. Le but de cette planification est de *minimiser les maladies graves, le nombre global de décès et la perturbation sociale chez les Neo-Brunswickois* en assurant un accès à des soins, à des traitements et à des services de prévention appropriés.

Conscient que la pandémie touchera tous les secteurs des soins de santé, et conformément à l'approche du ministère pour tous les dangers en matière de planification d'urgence, une structure de planification provinciale globale en cas de pandémie et un plan de travail ont été établis pour orienter les efforts et améliorer la coordination des communications et la circulation de l'information entre les ordres intervenants. La planification en cas de pandémie est considérée actuellement comme la priorité absolue des Services de gestion d'intervention d'urgence en matière de santé.

Pandemic Influenza Preparedness Planning Initiatives in 2006-07:

- Continued to work with regional health authorities (RHAs) and other key stakeholders on pandemic influenza preparedness planning.
- Continued to participate in pandemic planning at the federal and inter-provincial/territorial level.
- Under the oversight and guidance of the Provincial Pandemic Preparedness Steering Committee, continued development and updating of the New Brunswick Pandemic Influenza Plan. The plan will continue to be an "evergreen" document, modified as new information becomes available.
- Participated in discussion forums and delivered formal presentations to identified stakeholders and government departments to increase awareness for the need for planning and to stimulate collaborative relationships.
- Conducted a table-top exercise involving regional health authorities and departmental staff to clarify roles and responsibilities, to test communication strategies, to identify gaps in current pandemic influenza plans, and to identify possible solutions.
- In consultation with RHAs, began planning to secure a provincial stockpile of personal protective, immunization, and medical supplies and equipment.
- Started developing a storage, inventory management and distribution plan for provincial stockpile of supplies and equipment.
- Through establishing the Regional Pandemic Influenza Plan Review Committee, completed a review of the RHA pandemic influenza plans.
- Through the establishment of a number of provincial pandemic working groups or teams, began work to identify and resolve issues, and to develop provincial planning and policy frameworks and/or guidelines for pandemic preparedness actions in key functional areas of the health system, including:
 - Public Health Pandemic (Immunization and Public Health Measures)
 - Anti-Viral
 - Infection Control
 - Predictive Modeling
 - Human Resources
 - Supply Chain
 - Business Continuity Planning (Central Office)
 - Clinical Care
 - Laboratory Services
 - Communications
 - Ethics
 - Tele-Care

Initiatives de planification en cas de pandémie d'influenza en 2006-2007

- Poursuite du travail avec les régies régionales de la santé et autres intervenants clés sur la planification en cas d'une pandémie d'influenza.
- Participation continue à la planification en cas d'une pandémie à l'échelle fédérale, interprovinciale et territoriale.
- Sous la direction et la responsabilité du Comité de direction provinciale sur la capacité d'intervention en cas de pandémie, élaboration et révision continues du Plan de lutte contre la pandémie d'influenza du Nouveau-Brunswick. Le plan continuera d'être un document actif, et sera modifié à mesure que d'autre information deviendra disponible.
- Participation à des forums de discussion et présentation d'exposés officiels à des intervenants identifiés et aux ministères du gouvernement afin de les sensibiliser davantage au besoin de planifier et de stimuler des relations de collaboration.
- Tenue d'un exercice sur table auquel ont participé les régies régionales de la santé et le personnel du ministère pour préciser les rôles et les responsabilités, vérifier les stratégies de communication, cerner les lacunes des plans actuels de lutte contre la pandémie d'influenza et trouver des solutions possibles.
- En consultation avec les RRS, début de la planification pour sécuriser une réserve de fournitures médicales, d'immunisation et d'équipement de protection individuelle.
- Début de l'élaboration d'un plan de gestion de l'inventaire, et du stockage et de la distribution des réserves provinciales de fournitures et de matériel médicaux.
- Par la création d'un Comité d'étude régional du Plan de lutte contre la pandémie d'influenza, révision des plans de lutte contre la pandémie d'influenza des RRS.
- Par l'établissement d'un certain nombre d'équipes ou de groupes de travail provinciaux sur la pandémie de l'influenza, début du travail pour cerner et résoudre les problèmes et élaborer des cadres stratégiques et de planification provinciaux ou des lignes directrices pour les mesures de lutte contre la pandémie d'influenza dans des secteurs clés du système de santé, y compris :
 - Pandémie d'influenza - Santé publique (mesures d'immunisation et de santé publique)
 - Agents antiviraux
 - Prévention des infections
 - Modélisation prévisionnelle
 - Ressources humaines
 - Chaîne d'approvisionnement
 - Planification du maintien des activités (bureau central)
 - Soins cliniques
 - Services de laboratoire
 - Communications
 - Éthiques
 - Télé-Soins

E-Health and Information Services

The Government of New Brunswick is committed to the use of information technology to improved patient care and the delivery and management of health care.

E-health will fundamentally change the way health care is delivered in the province, enabling health care delivery to be faster, more efficient and even less costly.

In 2006-07, Information Services was reorganized to enhance its ability to deliver the e-health strategy and its many initiatives. This included the development and implementation of a project management framework, and project office and standards in the area of project delivery, application support and enterprise architecture.

Further progress on the road to an electronic health record, known as *One Patient One Record* (OPOR), was achieved through various initiatives. These included the interoperable Electronic Health Record (iEHR), the Client Registry and the Provider Registry, which together will make accessible a single record for patient information across the province, as well as the provincial Diagnostic Imaging Archive.

Other e-health initiative work under way in 2006-07 included:

- The Legacy Modernization project for Medicare. This is a rewrite of the existing code into a modern programming language that will reduce maintenance costs and more easily accommodate changes
- A replacement system for the Cancer Registry information system
- The initiation of a project to replace the Health Human Resources Service Provider Database
- Continued planning for the prescription drug monitoring program in collaboration with external stakeholders, including physicians and pharmacists, as well as the preparation of a Request for Proposals
- Planning was completed for the replacement of the Home Monitoring Program equipment for post cardiac care
- In the area of Public Health Surveillance, the branch continued to participate in the development of the Pan-Canadian Health Surveillance system (referred to as Panorama) in partnership with Canada Health Infoway (CHI) and other jurisdictions across Canada.
- Project management services were provided for the Surgical Patient Registry, which supports the Surgical Patient Access Management program
- In collaboration with Nova Scotia and CHI, planning was initiated for a Drug Information System
- Implementation of an Electronic Medical Record (EMR) software in Community Health Centres across the province continued. This initiative was managed in collaboration with the RHAs.

Cybersanté et services d'information

Le gouvernement du Nouveau-Brunswick est déterminé à utiliser la technologie de l'information pour améliorer les soins offerts aux patients ainsi que la prestation et la gestion des soins de santé.

La cybersanté transformera fondamentalement notre façon d'offrir les soins de santé dans la province en permettant la prestation plus rapide, plus efficace et plus rentable des soins de santé.

En 2006-2007, la Direction des systèmes d'information a été restructurée en vue d'améliorer sa capacité de développer la stratégie en cybersanté et ses nombreuses initiatives. Celles-ci comprennent l'élaboration et la mise en œuvre d'un cadre de gestion de projet, un bureau de projet et des normes en matière de réalisation de projet, le soutien des applications et de l'architecture d'entreprise.

D'autres travaux importants ont été réalisés pour la mise sur pied d'un dossier de santé électronique connu comme « *un patient, un dossier* ». Ces travaux comprennent le dossier de santé électronique interfonctionnel (iDSE), le registre des clients et le registre des fournisseurs de service qui, ensemble, permettront d'accéder à un dossier unique d'information sur le patient dans l'ensemble de la province, ainsi qu'aux archives provinciales d'imagerie diagnostique.

D'autres initiatives en matière de cybersanté actuellement en cours en 2006-2007 comprennent :

- Le projet de modernisation de l'ancien système de l'Assurance-maladie. Ce projet vise à réécrire le codage actuel dans un langage de programmation moderne, ce qui réduira les coûts d'entretien et permettra de tenir compte plus facilement des changements.
- La mise en place d'un nouveau système d'information relatif au Registre du cancer.
- La mise en œuvre d'un projet visant à remplacer la base de données des fournisseurs de services.
- La planification du programme de surveillance pharmaceutique s'est poursuivie, en collaboration avec les intervenants externes, dont les médecins et les pharmaciens, et une demande de propositions a été préparée.
- La planification du remplacement de l'équipement du programme de surveillance à domicile pour les soins postcardiaques à domicile a été terminée.
- Dans le domaine de la surveillance de la santé publique, la direction a participé à l'élaboration du système pancanadien de surveillance de la santé (désigné Panorama), en partenariat avec ICS et d'autres administrations au Canada.
- Les Services d'information ont offert des services de gestion de projet pour le Registre des patients des soins chirurgicaux, qui appuie le programme de gestion de l'accès aux services chirurgicaux.
- En collaboration avec la Nouvelle-Écosse et ICS, on a entrepris la planification d'un système d'information sur les médicaments.
- Le logiciel de dossiers de santé électroniques a été installé dans les centres de santé communautaires de la province, en collaboration avec les RRS.

Vital Statistics

Effective July 1, 2006 the Vital Statistics branch of the Department of Health and its staff was transferred to Service New Brunswick.

The authority and responsibility, both operational and policy, for the *Vital Statistics Act*, *Marriage Act* and *Change of Name Act* was transferred to Service New Brunswick for the following reasons:

- to enable the Department of Health to focus on its core business of planning, funding and monitoring the New Brunswick health care system by reducing its responsibility for direct service delivery;
- to further concentrate and centralize within Service New Brunswick the provision of basic public services to New Brunswickers;
- to allow Service New Brunswick to apply its expertise in registry development, maintenance and operations to improve service delivery for New Brunswickers and over time achieve greater efficiencies in the operation of the Vital Statistics database.

Administrative Support Services

This branch is responsible for directing and coordinating the delivery of all essential auxiliary services to the department. These services include: facilities management, purchasing, contract management, central registry, departmental library, translation and interpretation, telephones, vehicle management, identification cards, mailroom, security, parking, photocopying and asset inventory. The branch is also responsible for managing the Third Party Liability Unit, which recovers healthcare costs associated with personal injury claims caused by a negligent act.

The branch has focused its efforts over the last year on enhancing the department's electronic document management as well as completing a review of the Third Party Liability automated claim system.

Official Languages

Sixteen complaints were received concerning official languages in the RHAs. Ten were resolved within the year and six are still open.

Office of Associate Deputy Minister of Health

On November 10, 2006, the new position of Associate Deputy Minister of Health was established. The Associate Deputy Minister plays a key role in developing health care policy and ensuring delivery of health services in francophone communities, to ensure the delivery of quality health services in both official languages to all New Brunswickers.

The office oversees Medicare services, health human resources planning, rural health, labour relations, ambulance renewal and federal/provincial/territorial relations, and leads and/or participates in the

Statistiques de l'état civil

La Direction des statistiques de l'état civil du ministère de la Santé et son personnel ont été transférés à Services Nouveau-Brunswick, le 1^{er} juillet 2006.

L'autorité et la responsabilité opérationnelles et stratégiques relatives à la *Loi sur les statistiques de l'état civil*, à la *Loi sur le mariage* et à la *Loi sur le changement de nom* ont été dévolues à Services Nouveau-Brunswick pour les raisons suivantes :

- permettre au ministère de la Santé de se concentrer sur ses secteurs d'activité principaux de planification, de financement et de surveillance du système de soins de santé du Nouveau-Brunswick, en réduisant sa responsabilité relative à la prestation directe de service;
- concentrer et centraliser davantage à Services Nouveau-Brunswick la prestation des services publics de base à la population néo-brunswickoise;
- permettre à Services Nouveau-Brunswick d'utiliser son expertise dans l'élaboration, la tenue et l'exploitation des registres afin d'améliorer la prestation des services pour les gens du Nouveau-Brunswick et, avec le temps, de réaliser de meilleures économies dans l'exploitation de la base de données des statistiques de l'état civil.

Services de soutien administratif

La direction est chargée d'orienter et de coordonner la prestation de tous les services auxiliaires essentiels au ministère. Ces services comprennent les suivants : gestion des installations et des contrats, achats, les archives et la bibliothèque du ministère, services de traduction et d'interprétation, téléphones, gestion des véhicules, cartes d'identité, salles du courrier, sécurité, stationnement, photocopies et inventaire. La direction est aussi responsable de la gestion de la Section des recouvrements auprès des tiers, qui recouvre les coûts des soins de santé liés aux réclamations pour blessure causée par négligence.

Au cours de la dernière année, la direction a concentré ses efforts sur une meilleure gestion des documents électroniques du ministère et sur une étude du système de réclamations informatisé de la Section des recouvrements auprès des tiers.

Langues officielles

Le Bureau du commissaire aux langues officielles a reçu 16 plaintes concernant les langues officielles dans les régions régionales de la santé. Parmi ces plaintes, dix ont été réglées pendant l'année et six font toujours l'objet d'une enquête.

Bureau de la sous-ministre déléguée de la Santé

Le poste de sous-ministre délégué de la Santé a été créé le 10 novembre 2006. La personne titulaire joue un rôle clé dans l'élaboration des politiques sur les soins de santé et la prestation des services de santé dans les communautés francophones, afin d'assurer la prestation des services de santé de qualité dans les deux langues officielles à l'ensemble de la population de la province.

Le bureau supervise les services de l'Assurance-maladie, la planification des ressources humaines du secteur de la santé, la santé rurale, les relations de travail, le renouvellement des services d'ambulance, et les relations fédérales, provinciales et

development of various transformational health initiatives relating to the Charter for Change as well as government-wide initiatives.

Dialogue on Health

The Associate Deputy Minister hosted a Dialogue on Health forum meeting on the Acadian Peninsula on March 30-31, 2007. The Dialogue on Health process was designed in collaboration with public administration experts from the Université de Moncton to engage citizens, policy makers, health managers, health professionals, and representatives of academic institutions to influence the health-related decision making process. The 135 participants had the opportunity to express their opinions, listen to those of others, and come up with recommendations of health services adapted to the community's needs. At the completion of the three meetings in June 2007, recommendations will be developed for the Minister of Health with a view to better match the needs of the population and the services offered.

F/P/T Relations

New Brunswick served as provincial-territorial co-chair of the F/P/T Conference of Ministers of Health and Deputy Ministers of Health until December 2006. New Brunswick hosted an F/P/T Deputies' meeting in June 2006, a meeting of F/P/T Ministers of Health on the National Pharmaceuticals Strategy in July 2006 and the annual meeting of F/P/T Ministers of Health in December 2006.

Participated in advisory committees to the federal/provincial/territorial deputy ministers of health with respect to health delivery and human resources and public health and health services. Provided support for New Brunswick's role as co-chair (with Health Canada) of the Advisory Committee on Health Delivery and Health Human Resources.

Legislation Development

1) Public Legislation

- Bill 51, *An Act to Amend the Human Tissue Gift Act*, was introduced and received Royal Assent on June 22, 2006. This Bill amends s. 7 of the Act by providing that the fact of death must be determined by : i) at least two medical practitioners when the fact of death is determined in accordance with neurological criteria ("brain death"), and ii) one medical practitioner when the fact of death is determined by other criteria.
- Schedule 2 of NB Reg 84-20 under the *Medical Services Payment Act* (Aug. 06) was amended :
 - i) effective August 18, 2006 to insure bariatric (weight-loss) surgery for payment under Medicare when there is:
 - a. A body mass index of 40Kg/m² or greater

territoriales. Il participe à l'élaboration de divers projets de santé transformationnelle ayant trait au document *Pacte pour le changement* ainsi que des projets dans l'ensemble du gouvernement.

Dialogue Santé

La sous-ministre déléguée a tenu un forum Dialogue Santé dans la Péninsule acadienne, les 30 et 31 mars 2007. Le processus a été conçu, en collaboration avec des experts de l'administration publique de l'Université de Moncton. Ce forum avait pour but de faire participer activement les citoyens, les décideurs, les gestionnaires de la santé, les professionnels de la santé et les représentants des établissements d'enseignement aux processus de prise de décisions ayant trait à la santé. Les 135 participants ont pu exprimer leurs opinions, écouter les autres et formuler des recommandations sur des services de santé adaptés aux besoins de la communauté. Après les trois rencontres en juin 2007, des recommandations seront préparées à l'intention du ministre de la Santé dans le but d'établir une meilleure équation entre les besoins de la population et les services offerts.

Relations fédérales, provinciales et territoriales

Le Nouveau-Brunswick a coprésidé la Conférence des ministres et des sous-ministres de la Santé fédéraux, provinciaux et territoriaux jusqu'en décembre 2006. Le Nouveau-Brunswick a accueilli la réunion des sous-ministres en juin 2006, la rencontre des ministres de la Santé fédéral, provinciaux et territoriaux sur la Stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques en juillet 2006 et la réunion annuelle des ministres fédéral, provinciaux et territoriaux de la Santé en décembre 2006.

La section a participé aux comités consultatifs auprès des sous-ministres fédéraux, provinciaux et territoriaux de la Santé en ce qui a trait à la prestation des soins de santé et aux ressources humaines en santé, et à la santé publique et aux services de santé. Elle a également apporté son appui en ce qui concerne le rôle du Nouveau-Brunswick à la coprésidence (avec Santé Canada) du Comité consultatif sur les soins de santé et sur les ressources humaines en santé.

Élaboration des lois

1) Lois d'intérêt public

- Dépôt du projet de loi 51, *Loi modifiant la Loi sur les dons de tissus humains*, et sanction royale accordée le 22 juin 2006. Ce projet de loi modifie l'article 7 de la *Loi* en stipulant que le décès doit être déterminé par : i) au moins deux médecins lorsque le décès est déterminé selon les critères neurologiques (mort cérébrale) et ii) un médecin lorsque le décès est déterminé au moyen d'autres critères.
- Le calendrier des tarifs 2 du règlement 84-20 de la *Loi sur le paiement des services médicaux* (août 2006) a été modifié comme suit :
 - i) à compter du 18 août 2006, inscrire au régime de l'Assurance-maladie comme service assuré la chirurgie bariatrique lorsque la personne :
 - a. a un indice de masse corporelle égal ou supérieur à 40;

- b. institution and failure of an adequate exercise and diet program, and
- c. The existence of obesity-related comorbid condition.
- iii) effective November 23, 2006 to increase the rate per unit for all services provided by Oral Maxiofacial Surgeons to \$1.01 from \$1.00.

2) Private Legislation

- Bill 66, *An Act Respecting the Paramedic Association of New Brunswick*, was introduced and received Royal Assent on June 22, 2006. This Bill delegates authority to the Paramedic Association to regulate the practice of paramedicine and has not yet been proclaimed.

New Brunswick Career Days

The fourth annual New Brunswick Career Days were held in out-of-province universities where New Brunswickers are studying to become health care professionals. This annual recruitment event provides an opportunity for New Brunswick students and others to meet with representatives of the Regional Health Authorities and departmental staff to discuss diverse employment opportunities within the province's health care system, as well as unique health initiatives. Over 200 students attend the event each year.

Allied Health Professionals Resource Strategy

To ensure that the population of New Brunswick can access services from the right mix of allied health professionals, as part of the provincial Allied Health Resource Strategy, the following initiatives were undertaken in 2006-07:

Health Bursary Program

The provincial health bursary program was launched on August 1, 2006. It consists of bursaries targeting health occupations with identified high vacancy rates and/or high-forecasted vacancy rates in the public sector. In the fall of 2006, over 100 bursary applications were processed, with a total of 39 bursaries awarded.

Rehabilitation Services:

Clinical Education Program

The New Brunswick Clinical Education Program is an innovative strategy implemented several years ago to assist with the recruitment and retention of rehabilitation professionals. The program coordinates clinical placements in New Brunswick health-care facilities for students enrolled in audiology, occupational therapy, pharmacy, physiotherapy, and speech language pathology programs which are all offered out-of-province. As such, this program allows students studying out-of-province to return to New Brunswick for their placements, while introducing them to the health

- b. a commencé et échoué un régime amaigrissant et un programme d'exercices adéquats
- c. souffre de comorbidités médicales associées à l'obésité.
- ii) à compter du 23 novembre 2006, augmentation du tarif unitaire pour tous les services dispensés par les spécialistes en chirurgie maxillo-faciale, pour passer de 1 \$ à 1,01 \$.

2) Lois d'intérêt privé

- Dépôt du projet de loi 66, *Loi concernant l'Association des travailleurs paramédicaux du Nouveau-Brunswick* et sanction royale accordée le 22 juin 2006. Ce projet de loi accorde à l'Association des travailleurs paramédicaux l'autorité de régir l'exercice de la médecine paramédicale. Ce projet de loi n'a pas encore été édité.

Journées carrières au Nouveau-Brunswick

Pour la quatrième année, les Journées carrières au Nouveau-Brunswick ont été tenues dans les universités à l'extérieur de la province où les Néo-Brunswickois étudient dans le but de devenir des professionnels de la santé. Cette activité de recrutement annuelle permet aux étudiants néo-brunswickois et autres de rencontrer les représentants des régies régionales de la santé et le personnel du ministère afin de discuter des diverses possibilités d'emploi au sein du système de santé de la province. Ils peuvent aussi discuter des initiatives uniques sur la santé. Plus de 200 étudiants ont assisté à l'événement chaque année.

Stratégie en matière de recrutement des professionnels de santé complémentaires et parallèles

En 2006-2007, pour s'assurer que la population du Nouveau-Brunswick a accès aux services de ressources professionnelles en santé dans le cadre de la Stratégie en matière de recrutement des professionnels de santé complémentaires et parallèles, les mesures qui suivent ont été prises.

Programme de bourses dans le domaine de la santé

Le programme provincial de bourses dans le domaine de la santé a été lancé le 1^{er} août 2006. Il offre des bourses spécialement aux professions de la santé où on retrouve ou on prévoit des taux de vacance élevés dans le secteur public. À l'automne 2006, plus de 100 demandes de bourse ont été traitées et 39 bourses ont été accordées.

Services de réadaptation :

Programme de formation clinique

Le Programme de formation clinique au Nouveau-Brunswick est une stratégie innovatrice qui a été mise en œuvre il y a plusieurs années afin de faciliter le recrutement et le maintien en poste des professionnels en réadaptation. Le programme sert à coordonner les placements cliniques dans les établissements de soins de santé du Nouveau-Brunswick des étudiants inscrits à des programmes d'études en audiology, en ergothérapie, en pharmacie, en physiothérapie et en orthophonie qui sont tous offerts à l'extérieur de la province. Ainsi, ce programme permet aux étudiants inscrits aux programmes de formation à l'extérieur de la province de revenir au

care system in New Brunswick. In the academic year 2006-07, close to 200 clinical placements were coordinated throughout the Regional Health Authorities.

Clinical Champions' Network

A new Clinical Champions' Network was launched in July 2006 as a retention strategy aimed at identifying front-line clinicians who are recognized by their organizations as innovators and early adopters of preferred practices and positive system changes. Seven of the eight Regional Health Authorities submitted successful proposals which were approved for funding.

Nursing Resource Strategy

To ensure New Brunswickers have access to appropriate nursing resources, the New Brunswick government maintained in 2006-07 the Nursing Resource Strategy.

Summer Employment Program for Student Nurses

This program was initiated with the cooperation of the Post-Secondary Education, Training and Labour Department, Student Employment and Experience Development (SEED) program and provided 150 jobs to student nurses in hospitals and nursing homes. Student nurses could benefit from clinical settings to transfer their knowledge to real clinical situations and help Regional Health Authorities and nursing homes during the summer vacation months.

Reimbursement of Tuition for Refresher Programs

Three nurses (RNs) and licensed practical nurses (LPNs) who wanted to re-enter the workforce received reimbursement of their tuition for their refresher program.

New Brunswick Critical Care Nursing Program

Both the University of New Brunswick-Fredericton and the Université de Moncton, as well as the Regional Health Authorities, have joined the Department of Health in this unique project to contribute to the preparation of nurses for the specialty of critical care nursing. In 2006-07, 47 nurses benefited from this 17-week program. The program has been converted to a blended approach model including on-line learning.

Maximization of Utilization of Nursing Care Providers

The project aiming at the optimization of the role of the nursing care providers in Regional Health Authorities has been maintained with the lead of a project manager. The use, skills and skill mix of nursing service providers are being reviewed to best utilize the nursing resources throughout the health care system.

Nursing Mentorship Program

This program continued to develop and now includes one full-time nurse position in each Regional Health

Nouveau-Brunswick pour leurs stages cliniques tout en se familiarisant avec le système de soins de santé du Nouveau-Brunswick. Au cours de l'année universitaire 2006-2007, près de 200 stages cliniques ont été coordonnés dans l'ensemble des régions régionales de la santé.

Réseau des champions cliniques

Un nouveau réseau de champions cliniques a été mis sur pied en juillet 2006. Il s'agit d'une stratégie de maintien en poste qui vise à cerner les cliniciens de première ligne qui sont reconnus par leurs organisations comme étant novateurs et prêts, dès le début, à adopter des pratiques privilégiées et des changements positifs au système. Sept des huit régions régionales de la santé ont soumis des propositions qui ont été approuvées à des fins de financement.

Stratégie en matière de ressources infirmières

En 2006-2007, afin que les gens du Nouveau-Brunswick aient accès à des ressources infirmières suffisantes, le gouvernement du Nouveau-Brunswick a maintenu la Stratégie en matière de ressources infirmières.

Programme d'emploi d'été pour les étudiantes et étudiants en sciences infirmières

Ce programme, lancé dans le cadre du programme Stage d'emploi étudiant pour demain (SEED) offert par le ministère de l'Éducation postsecondaire, de la Formation et du Travail, a procuré 150 emplois à des étudiants en soins infirmiers, dans des hôpitaux et des foyers de soins. Les étudiantes et étudiants en sciences infirmières ont pu profiter d'un milieu clinique pour appliquer les connaissances acquises dans des situations réelles et aider les régions régionales de la santé et les foyers de soins pendant les mois de congé estival.

Remboursement des frais de scolarité pour les programmes de recyclage

Trois infirmières immatriculées (II) et infirmières auxiliaires autorisées (IAA) qui voulaient réintégrer le marché du travail ont obtenu un remboursement de leurs frais de scolarité pour le programme de recyclage.

Programme des soins infirmiers critiques du Nouveau-Brunswick

L'UNB Fredericton, l'Université de Moncton et les régions régionales de la santé se sont jointes au ministère de la Santé afin de contribuer, dans le cadre de ce projet unique, à la préparation des infirmières pour la spécialité des soins infirmiers critiques. En 2006-2007, 47 infirmières se sont prévaluées de ce programme d'une durée de 17 semaines. Le programme a adopté un modèle d'approche mixte qui inclut l'apprentissage en ligne.

Utilisation optimale des fournisseurs de soins infirmiers

Le projet qui a pour but d'optimiser le rôle du personnel infirmier dans les régions régionales de la santé a été maintenu avec l'aide d'un gestionnaire de projet. Le rôle du personnel infirmier ainsi que ses compétences et sa composition font l'objet d'une étude qui vise à assurer une utilisation optimale des ressources infirmières dans l'ensemble du système de soins de santé.

Programme de mentorat pour les infirmières

L'élaboration de ce programme s'est poursuivie et comprend un poste d'infirmière à temps plein dans chaque région régionale de la santé pour faciliter l'intégration des nouveaux diplômés à

Authority to ease the integration of new graduates as employees, and increase retention. A planning session held with the regional coordinators permitted them to develop and agree on general principles to standardize the program.

Nurse Practitioner

An Education Subsidy Program benefited 41 student nurse practitioners, who are employees in nursing in New Brunswick, by covering tuition and books. At the end of March 2007, New Brunswick had 27 nurse practitioners practicing in various sectors of the health care system: emergency rooms, Community Health Centres, primary care clinics, nursing homes and university faculties.

Nursing Service and Resource Management Plan (2005-2010)

Completed in July 2004, this plan replaced the document dated 1993 and is aligned with recent national and provincial health reports and serves as a roadmap for complementary development of the nursing sector. The Nursing Resources Advisory Committee continues to advise the minister on nursing resources planning issues.

Nursing Workforce Planning

Continuous efforts are deployed to ensure sufficient nursing care providers are available to meet future needs. Participation to national, provincial and regional initiatives related to health human resources planning is a mean to ensure we are aware of the trends and also benefit from our partners' experience.

Physician Resource Strategy

In fiscal 2006-07, the strategy included recruiting 98 physicians, which represents a net gain of 29 physicians (25 family practitioners and four specialists). This is the fourth largest increase in net number of new physicians in the last 12 years.

Other highlights in 2006-07 include:

- Approval of 52 new positions to allow the Regional Health Authorities to more effectively respond to potential recruitment opportunities
- Provision of 66 location grants of \$25,000 each for eligible general practitioners and \$40,000 for eligible specialists willing to practice in hard-to-recruit areas. As well, nine \$15,000 business grants were provided to family practitioners who established a practice in designated areas
- Sponsorship of a total of 27 candidates under the Supernumerary Residency Training Program
- A total of 453 weeks paid to 82 1st and 2nd year medical students who participated in the Summer Preceptorship Program.
- An Advisory Committee on the Physician Supply and Demand Analysis Follow-up Study was established to provide advice and guidance to the Health Workforce Planning Branch regarding issues that relate to the Physician Supply and Demand Analysis Follow-up Study. Updated forecast will be

titre d'employés, et pour améliorer le taux de maintien en poste. Une séance de planification tenue avec les coordonnateurs régionaux leur a permis d'élaborer et d'adopter des principes généraux pour normaliser le programme.

Infirmière praticienne

Un Programme de subvention des études a permis à 41 étudiantes inscrites au cours d'infirmière praticienne, employées en sciences infirmières au Nouveau-Brunswick, de se prévaloir d'un tel programme qui couvre les frais de scolarité et les livres. À la fin de mars 2007, le Nouveau-Brunswick comptait 27 infirmières praticiennes dans divers secteurs du système de santé : salles d'urgence, centres de santé communautaires, cliniques de soins de santé primaires, foyers de soins et facultés universitaires.

Plan de gestion des ressources et des services infirmiers (2005-2010)

Ce plan achevé en juillet 2004 a remplacé le document daté de 1993 et est harmonisé avec les récents rapports de santé provinciaux et nationaux. Il sert de feuille de route pour le développement complémentaire du secteur infirmier. Le Comité consultatif sur la main-d'œuvre infirmière continue de faire part au ministre des meilleures pratiques en ce qui concerne les questions touchant la planification des ressources du secteur infirmier.

Planification de la main-d'œuvre infirmière

Des efforts continuent d'être déployés pour s'assurer que les fournisseurs de soins infirmiers peuvent répondre aux besoins futurs. La participation aux mesures nationales, provinciales et régionales concernant la planification des ressources humaines en matière de santé est un moyen de nous assurer de connaître les tendances et de bénéficier également de l'expérience de nos partenaires.

Stratégie des ressources médicales

Durant l'exercice financier 2006-2007, la stratégie a permis de recruter 98 médecins, ce qui représente un gain net de 29 médecins (25 médecins de famille et quatre spécialistes). Il s'agit de la quatrième augmentation importante du nombre net de nouveaux médecins, au cours des douze dernières années.

Voici d'autres faits saillants notés en 2006-2007 :

- approbation de 52 nouveaux postes pour permettre aux régions régionales de la santé de mieux répondre aux possibilités de recrutement;
- octroi de 66 subventions d'emplacement de 25 000 \$ pour les omnipraticiens admissibles et de 40 000 \$ pour les spécialistes admissibles qui acceptent d'exercer la profession dans les régions où il est difficile de recruter. De plus, neuf subventions d'affaires de 15 000 \$ ont été accordées à des médecins de famille qui se sont établis dans des régions désignées;
- parrainage de 27 candidats dans le cadre du Programme de formation en résidence surnuméraire;
- total de 453 semaines accordées à 82 étudiants en médecine de première année et de deuxième année qui ont participé au Programme de préceptorat d'été.
- Un Comité consultatif sur l'étude de suivi de l'analyse de l'offre et de la demande de médecins a été créé afin d'offrir des conseils et une orientation à la Direction de la planification des effectifs du secteur de la santé concernant l'étude de suivi de l'analyse de l'offre et de la demande de médecins. Des prévisions à jour devraient être établies d'ici décembre 2007.

completed by December 2007.

- A \$6,000 bursary was awarded for the second time to 40 medical students in their third or fourth year of study.

Medical Education

- The Sherbrooke/Moncton campus had its first intake of students in September 2006.
- The tripartite committee to oversee the Sherbrooke/Moncton program was implemented in 2006-07.
- The participation in Task Force Committee to develop a proposal for the establishment of a distributed medical education program in Saint John. The proposal was submitted to government in July 2006.
- There was agreement to start an Internal Medicine Residency Program in Saint John. This program will be in affiliation with Dalhousie University and would be comparable to the Family Medicine Residency Program. It is anticipated that two residents will start their training in July 2007.
- The Anglophone Medical Education Coordinator, Dr. Mohan Iype, retired and was replaced by Dr. Mahesh Raju. Dr. Raju has been involved in medical education and practices in Saint John as an internal medicine specialist.

Accountability and Health Information Management

The accountability and Health Information Management team provides leadership and support in the collection, analysis and interpretation of information for health system planning, management and accountability reporting. This work involves ongoing development and maintenance of major corporate databases as well as analysis, research and evaluation activities focused on operational decision making and performance reporting. Specific initiatives undertaken during 2006-07 include:

- Ongoing provision of support for the department's surgical access management initiative, including development and implementation of the surgical access management web site.
- Coordination and leadership of data quality improvement activities for the Discharge Abstract Database (DAD) and Management Information System (MIS).
- Support for the planning and implementation of a provincial acute care utilization management system and database.
- Provision of analytical advice and information management expertise associated with a variety of electronic documentation and statistical reporting systems including work with Community Health Centres and public health services.
- Ongoing maintenance, analysis and reporting of information housed in the Hospital Financial and Utilization Management system (HUFMS); the Extra Mural administrative data repository and Regional

- Des bourses de 6 000 \$ ont été accordées pour la deuxième fois à 40 étudiants de troisième et quatrième année.

Formation médicale

- Le campus de Sherbrooke/Moncton a accueilli son premier groupe d'étudiants en septembre 2006.
- Un comité tripartite chargé de superviser le programme de Sherbrooke/Moncton a été établi en 2006-2007.
- Le ministère a participé au comité du groupe de travail chargé d'élaborer une proposition en vue d'offrir un programme de formation médicale à Saint John. La proposition a été soumise au gouvernement en juillet 2006.
- Il a été convenu de mettre sur pied un programme de résidences en médecine interne à Saint John. Le programme sera affilié à l'Université Dalhousie et sera comparable au programme de résidence en médecine familiale. On prévoit que deux résidents entreprendront leur formation en juillet 2007.
- Le coordonnateur de la formation du personnel médical anglophone, Dr. Mohan Iype, a pris sa retraite. Il a été remplacé par le Dr. Mahesh Raju qui a participé à la formation médicale et qui exerce à Saint John comme spécialiste de médecine interne.

Responsabilisation et gestion de l'information sur la santé

L'équipe de Responsabilisation et de gestion de l'information sur la santé assure le leadership et le soutien pour la collecte, l'analyse et l'interprétation de l'information en vue de la planification et de la gestion du système de santé, et de la reddition de comptes. Les tâches comprennent l'élaboration et la mise à jour continues d'importantes bases de données ainsi que des activités d'analyse, de recherche et d'évaluation axées sur la prise de décisions opérationnelles et l'évaluation du rendement. Les projets suivants ont été entrepris en 2006-2007 :

- soutien continu pour l'initiative de gestion de l'accès aux services chirurgicaux du ministère, y compris élaboration et mise en œuvre du site Web de gestion de l'accès aux services chirurgicaux;
- coordination et responsabilité des activités d'amélioration de la qualité des données pour la base de données sur les congés des patients (DDCP) et la base de données du système d'information de gestion (SIG);
- appui à la planification et à la mise en œuvre d'un système provincial de gestion de l'utilisation des soins actifs et d'une base de données;
- prestation de conseils analytiques et d'expertise en gestion de l'information ayant trait à divers systèmes de rapports statistiques et documents électroniques, et travail auprès des centres de santé communautaires et des services de santé publique;
- mise à jour, analyse et présentation de l'information provenant du système d'information de gestion financière et d'utilisation hospitalière (SIGFU); dépôt des données administratives du Programme extra-mural et système des services de traitement des dépendances régionaux;

Addictions Services system.

- Initiation of analytical research to support population health assessment, including the health impact of tobacco use.
- Compilation and analysis of information for several major reports including the Annual Report of Hospital Services and the departmental annual report.

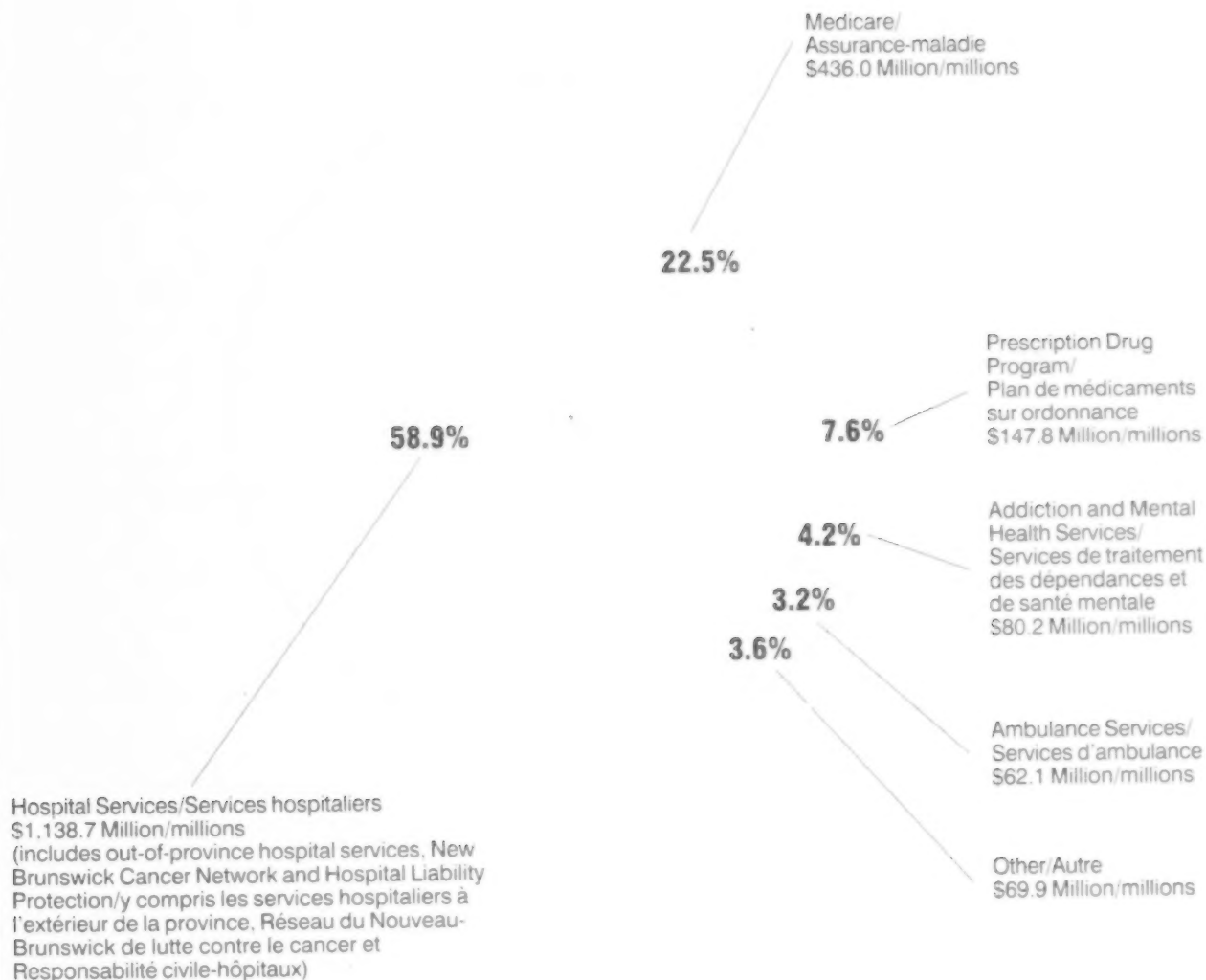
- initiation à la recherche analytique afin d'appuyer les évaluations sur la santé de la population, y compris l'impact de l'usage du tabac sur la santé;
- compilation et analyse de l'information pour plusieurs importants rapports, y compris le rapport annuel des Services hospitaliers et le rapport annuel du ministère.

Financial Overview

Actual Expenditures
\$1,934.7 Million
2006-07

Aperçu financier

Dépenses réelles
1 934,7 millions \$
2006-2007



Financial Overview 2006-07

(000's)

Department of Health

	Main Estimates	Wage Settlements and Other Transfers	Final Budget	Actual	Variance	Note
Administrative Services						
Administration and Financial Services	8,722.0	46.8	8,768.8	8,058.4	710.4	1
Information Technology	5,903.0	-	5,903.0	6,046.7	(143.7)	
Planning	3,904.0	5.4	3,909.4	3,429.0	480.4	
Public Health and Medical Services						
Provincial Epidemiology Service	1,274.0	26.2	1,300.2	949.2	351.0	
Seniors Rehabilitative Equipment Program	875.0	-	875.0	872.8	2.2	
Medical Education	16,420.0	1,250.4	17,670.4	15,798.4	1,872.0	2
Medicare Program	434,778.0	33.5	434,811.5	436,028.3	(1,216.8)	3
Prescription Drug Program	147,867.0	2.1	147,869.1	147,800.3	68.8	
Out-of-Province Hospital Payments	47,213.0	-	47,213.0	42,782.1	4,430.9	4
Public Health Services	34,223.0	1,307.0	35,530.0	34,704.7	825.3	5
Institutional Services						
Ambulance Services	63,930.0	7.8	63,937.8	62,117.2	1,820.6	6
Hospital Liability Protection	1,000.0	-	1,000.0	3,919.2	(2,919.2)	7
Hospital Services	1,048,899.0	41,105.0	1,090,004.0	1,090,814.2	(810.2)	8
New Brunswick Cancer Network	2,500.0	11.6	2,511.6	1,236.7	1,274.9	9
Addiction and Mental Health Services						
Addiction Services	14,876.0	400.0	15,276.0	15,500.6	(224.6)	
Mental Health Services	64,376.0	1,840.5	66,216.5	64,659.9	1,556.6	10
Department Total Ordinary	1,896,760.0	46,036.3	1,942,796.3	1,934,717.7	8,078.6	
Capital	13,723.0	-	13,723.0	14,454.5	(731.5)	11
Revenue						
Interest & Investment Income	590.0	-	590.0	616.5	(26.5)	
General	18,941.0	-	18,941.0	19,288.4	(347.4)	
Miscellaneous	60.0	-	60.0	1,531.0	(1,471.0)	12
Conditional Grants	4,515.0	-	4,515.0	9,338.1	(4,823.1)	13
Department Total Revenue	24,106.0	-	24,106.0	30,774.0	(6,668.0)	

Aperçu financier 2006-2007

(000)

Ministère de la Santé

	Budget principal	Règlements salariaux et autres transferts	Budget total	Montants réels	Écart	Note
Services administratifs						
Administration et services financiers	8 722,0	46,8	8 768,8	8 058,4	710,4	1
Technologie de l'information	5 903,0	-	5 903,0	6 046,7	(143,7)	
Planification	3 904,0	5,4	3 909,4	3 429,0	480,4	
Santé publique et services médicaux						
Service provincial d'épidémiologie	1 274,0	26,2	1 300,2	949,2	351,0	
Programme d'équipement de réadaptation pour personnes âgées	875,0	-	875,0	872,8	2,2	2
Formation médicale	16 420,0	1 250,4	17 670,4	15 798,4	1 872,0	3
Assurance-maladie	434 778,0	33,5	434 811,5	436 028,3	(1 216,8)	
Plan de médicaments sur ordonnance	147 867,0	2,1	147 869,1	147 800,3	68,8	
Règlement des services hospitaliers hors-province	47 213,0	-	47 213,0	42 782,1	4 430,9	4
Services de santé publique	34 223,0	1 307,0	35 530,0	34 704,7	825,3	5
Services des établissements						
Services d'ambulance	63 930,0	7,8	63 937,8	62 117,2	1 820,6	6
Responsabilité civile - hôpitaux	1 000,0	-	1 000,0	3 919,2	(2 919,2)	7
Services hospitaliers	1 048 899,0	41 105,0	1 090 004,0	1 090 814,2	(810,2)	8
Réseau du Nouveau-Brunswick de lutte contre le cancer	2 500,0	11,6	2 511,6	1 236,7	1 274,9	9
Services de traitement des dépendances et de santé mentale						
Services de traitement des dépendances	14 876,0	400,0	15 276,0	15 500,6	(224,6)	10
Services de santé mentale	64 376,0	1 840,5	66 216,5	64 659,9	1 556,6	
Total du compte ordinaire du ministère	1 896 760,0	46 036,3	1 942 796,3	1 934 717,7	8 078,6	
Compte de capital	13 723,0	-	13 723,0	14 454,5	(731,5)	11
Recettes						
Intérêts créditeurs et revenus de placements	590,0	-	590,0	616,5	(26,5)	
Recettes générales	18 941,0	-	18 941,0	19 288,4	(347,4)	12
Recettes diverses	60,0	-	60,0	1 531,0	(1 471,0)	13
Subventions conditionnelles	4 515,0	-	4 515,0	9 338,1	(4 823,1)	
Recettes totales du ministère	24 106,0	-	24 106,0	30 774,0	(6 668,0)	

FINANCIAL OVERVIEW FOR FISCAL 2006-07

The following provides explanations for significant budget variances for the fiscal year 2006-07:

1. The under-expenditure in Corporate Services was mainly the result of the transfer of Vital Statistics to Service New Brunswick effective July 1, 2006.
2. The under-expenditure in Medical Education was mainly due to lower than anticipated training costs throughout the hospital facilities.
3. The over-expenditure in Medicare was due to contract increases for the fee-for-service physicians.
4. The under-expenditure in Out-of-Province Hospital Payments was due to a shift from in-patient to out-patient services, with out-patient services being less costly, as well as a decrease in high cost procedures performed out of province.
5. The under-expenditure in Public Health Services was mainly the result of various central office surpluses (i.e. vacancies).
6. The under-expenditure in Ambulance Services was due to a longer than anticipated timeframe to move towards a single, province-wide ambulance system.
7. The over-expenditure in the Hospital Liability Protection Plan was the result of higher than anticipated liability claims as forecasted by the actuary.
8. The over-expenditure in Hospital Services was mainly the result of the Regional Health Authority deficits, partially offset by longer implementation timelines for several initiatives.
9. The under-expenditure in the New Brunswick Cancer Network was the result of the timing of hiring new program staff.
10. The under-expenditure in Mental Health Services was mainly due to lower expenditures in the eight Regional Health Authorities.
11. The over-expenditure in Capital was the result of unbudgeted capital start-up costs for primary care initiatives (i.e. the Community Health Centers).
12. Miscellaneous revenues were higher than budgeted mainly due to various prior year items being recovered.
13. Conditional grants were higher than budgeted mainly due to higher recoveries from the Primary Health Care Transition Fund for primary care initiatives and recognition of revenues received from the Self-Care Tele-Care initiative.

APERÇU FINANCIER POUR L'EXERCICE FINANCIER 2006-2007

Les écarts budgétaires importants pour l'exercice financier 2006-2007 sont expliqués ci-dessous.

1. La sous-utilisation du crédit au poste de Services ministériels est principalement attribuable aux transferts des Statistiques de l'état civil à Services Nouveau-Brunswick, à compter du 1^{er} juillet 2006.
2. La sous-utilisation du crédit au poste de Formation médicale est principalement attribuable à des coûts de formation plus faibles que prévus dans tous les établissements hospitaliers.
3. Le dépassement de crédit au poste d'Assurance-maladie est attribuable à des augmentations du contrat pour les médecins rémunérés à l'acte.
4. La sous-utilisation du crédit au poste de Paiements aux hôpitaux à l'extérieur de la province est attribuable au transfert des services aux patients hospitalisés vers des services aux patients externes, les services externes étant moins coûteux, et à une réduction du nombre de procédures onéreuses effectuées à l'extérieur de la province.
5. La sous-utilisation du crédit au poste de Services de santé publique est principalement attribuable à divers excédents au bureau central (c'est-à-dire postes vacants).
6. La sous-utilisation du crédit au poste de Services d'ambulance est attribuable au délai plus long que prévu de la transition vers un système d'ambulance unique à l'échelle provinciale.
7. Le dépassement de crédit au poste de Plan de protection de la responsabilité hospitalière est attribuable à un nombre plus élevé de demandes d'indemnité que ne l'a prévu l'actuaire.
8. Le dépassement de crédit au poste de Services hospitaliers est principalement attribuable aux déficits des régions régionales de la santé, compensés partiellement par des délais de mise en œuvre plus longs pour plusieurs initiatives.
9. La sous-utilisation du crédit au poste de Réseau du Nouveau-Brunswick de lutte contre le cancer est attribuable au moment de l'embauche de nouveaux membres du personnel pour le programme.
10. La sous-utilisation du crédit au poste de Services de santé mentale est principalement attribuable à des dépenses moins élevées dans les huit régions régionales de la santé.
11. Le dépassement de crédit au poste d'Immobilisations est attribuable aux coûts de démarrage non prévus au budget pour les initiatives de soins primaires (c'est-à-dire centres de santé communautaires).
12. Les recettes sont plus élevées que celles prévues au budget principalement en raison de la récupération de certains postes de l'année précédente.
13. Les subventions remboursables sous condition sont plus élevées que prévues dans le budget principalement en raison des recouvrements plus élevés du Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires pour les projets de soins de santé primaires et la reconnaissance des recettes reçues d'Autosoins-télésoins.

